FACULTE DE MEDECINE BROUSSAIS HOTEL-DIEU

Année 1973

PARIJS

N° 128

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(doctorat d'Etat)

par

Marc BAVARD

Né le 7 Juin 1946 à CHANTILLY (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le :

ESSAI DE PROFIL DU SUICIDANT A MANTES LA JOLIE SUR CINQUANTE TROIS "TENTATIVES D'AUTOLYSE MEDICAMENTEUSES"

Président : Monsieur H. FLAVIGNY, Professeur

FACULTE DE MEDECINE BROUSSAIS HOTEL-DIEU

Année 1973 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(doctorat d'Etat)

par

Marc BAVARD

Né le 7 Juin 1946 à CHANTILLY (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le :

ESSAI DE PROFIL DU SUICIDANT A MANTES LA JOLIE SUR CINQUANTE TROIS "TENTATIVES D'AUTOLYSE MEDICAMENTEUSES"

Président : Monsieur H. FLAVIGNY, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon Père

et

A ma Mère

A mon Frère

A mes Grand-Parents

A tous les miens

A Monsieur le Professeur H. FLAVIGNY

Chef de Service de Psychiatrie

Hôpital International de l'Université de Paris

qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Hommages respectueux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548021_0007

A Monsieur le Doyen P. MILLIEZ

qui a guidé nos premiers pas
dans un service hospitalier

qu'il trouve ici le témoignage de
notre très respectueuse gratitude.

Au Docteur D. HAMEL

Chef de service de Médecine Générale

Centre Hospitalier de Mantes

qui m'a fourni le sujet de cette thèse

et au Docteur G. BABLED

Assistante du service

qui m'ont guidé dans la découverte de la médecine praticienne avec une bienveillance de tous les instants

qu'ils trouvent ici l'expression de ma grande reconnaissance.

A mes autres Chefs de Service
au Centre Hospitalier de Mantes

Docteur C. FEVRE
Docteur P. BARTHELEMY
Docteur M. LECHEZE

qu'il me soit permis de leur
exprimer ma gratitude pour
l'enseignement qu'ils m'ont fourni

Aux médecins de l'Hôpital de Mantes
Aux médecins généralistes de Mantes et ses environs

qui ont su me faire partager
leurs responsabilités en m'accordant
leur confiance.

Au Docteur J.L. TRUELLE

Ancien Chef de clinique service du Professeur CASTAIGNE

Hôpital de la SALPETRIERE

Au Docteur F. DAVIDSON

Attaché au service de l'I.N.S.E.R.M.

qui m'ont toujours bien reçu
et heureusement éclairé
quant à la rédaction de cette thèse.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur S. DE SEZE
Monsieur le Professeur H. BRICAIRE
Monsieur le Professeur E. HOUSSET
Monsieur le Professeur F. POILLEUX
Monsieur le Docteur SERVELLE
Messieurs les Docteurs PY et CALLEROT
Monsieur le Docteur M. DURET
Monsieur le Professeur P. ABOULKER

A tous mes Maîtres de la Faculté

A tous mes camarades de l'Hôpital de Mantes La Jolie

A mes amis.

INTRODUCTION et :

- MATERIEL D'ETUDE
- LE QUESTIONNAIRE
- DESCRIPTION DE LA REGION HOSPITALIERE DE MANTES-LA-JOLIE

A - EXPOSE DES RESULTATS :

- CIRCONSTANCES DE LA TENTATIVE
- CURRICULUM VITAE
- SITUATION AU MOMENT DE L'ACTE
- STIGMATES - EXPERIENCES - EPREUVES
- COMPORTEMENT - CARACTERE - PERSONNALITE
- COMPORTEMENTS DEPUIS LA TENTATIVE
- RESULTATS DES CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES

B - CONCLUSIONS EVENTUELLES :

- REFLEXIONS SUR LA PERSONNALITE DU SUICIDANT
- RAPPORTS EVENTUELS ENTRE LE SUICIDANT ET SON ENVIRONNEMENT PARTICULIER : MANTES-LA-JOLIE

C - COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES

- LES THEORIES SUR LE SUICIDE
- LA PERSONNALITE DU SUICIDANT, LES CAUSES DE LA TENTATIVE ET LES CONDUITES SUICIDAIRES. LE SUICIDE EST-IL TOUJOURS PATHOLOGIQUE ?
- LA PREVENTION DU SUICIDE ET LES ORGANISMES DE PREVENTION.

CONCLUSION

INTRODUCTION

C'est en Octobre 1971, stagiaires internés faisant fonction d'interne dans le service de Médecine Générale de Monsieur le Docteur HAMEL que nous avons pris nos premières responsabilités médicales.

Rapidement nous avons appris à gagner la confiance des malades par la conversation et l'écoute attentive. Pourtant, à mesure de notre gain d'assurance dans nos rapports "médecin-malade", l'obstacle qui se dressait entre certains malades et nous augmentait. Il semblait s'agir d'une espèce particulière de patients et comme l'on parle à mots couverts devant un intoxiqué alcoolique, tel "c'est un éthylique" ou mieux "enolique", l'infirmière se rapprochait et nous glissait dans l'oreille "c'est une T.S.".

Surpris par la ségrégation plus ou moins consciente qui existait pour ces parias du lit d'hôpital, nous nous sommes rapidement aperçus qu'il résultait de l'absence de contact spontané entre le personnel et cet alité particulier inspirant une sorte de défiance.

Lorsque notre chef de service nous a proposé un sujet de thèse sur "les tentatives d'autolyse", nous nous sommes empressés de dépouiller ces dossiers secrets. Bientôt pourtant la lecture de ces interrogatoires du passé nous a paru très insuffisante, la personnalité de chaque sujet apparaissant trop succintement à travers un examen clinique. Prenant le taureau par les cornes, nous, sans formation psychiatrique particulière, avons décidé de faire fi des tabous et d'affronter "l'autolysé insatisfait" en face à face.

Inquiets au départ de cette entreprise, de cette thèse prospective, nous nous sommes rapidement aperçus que l'interrogatoire en tête à tête faisait le miracle à chaque fois. Au bout d'un temps plus ou moins long d'adaptation, le contact se faisait toujours et les renseignements personnels, parfois intimes jusqu'à l'indécence fusaient de ces individus qui auparavent "se bloquaient" face à la cohorte de la visite matinale habituelle.

Empruntant au livre de Monsieur le Professeur GORCEIX "Etudes sur le Suicide" un questionnaire type, bientôt complété par un questionnaire de l'I.N.S.E.R.M., nous avons pu répertorier et ordonner notre enquête.

Sur les soixante-trois personnes hospitalisées dans les deux services de Médecine du mois de Janvier au mois de Septembre 1972 pour le motif de cette enquête, cinquante trois observations ont été retenues. Les neuf documents restant ont été éliminés soit pour dossier incomplet, soit pour erreur de classification au départ - méprise d'intention chez des étrangers ne parlant pas français ou erreur de médicament ou de dosage chez des personnes ne présentant manifestement aucune velléitude d'autodestruction.

Trois tranches d'âge apparaîtront : 17 sujets de 10 à 20 ans, 18 de 20 à 30 ans et 18 de 30 ans et plus. Sur ces 54 patients, deux seulement ne sont pas français - une portuguaise dans chacune des deux dernières tranches -. Cinq hommes seulement ont pu être observés : deux dans chacune des deux premières tranches, un dans la dernière. Nous avons pu déjà remarquer que cette répartition suivant le sexe était inverse dans les deux services de chirurgie où la tentative de suicide beaucoup plus poussée par les hommes aboutissait parfois à de véritables mutilations.

La plupart de ces malades ont été adressés à une consultation psychiatrique - Docteur TRUELLE service du Professeur CASTAIGNE et Docteur BESTEL service du Professeur BUGE à l'hôpital de la Salpêtrière ou dans le service du Professeur BRION à Versailles - pour avis diagnostique et thérapeutique.

Il est important de souligner que ne sont pas mentionnées dans ce travail les rares tentatives d'autolyse médicamenteuses transférées à Fernand WIDAL devant la nécessité d'une réanimation intensive.

Au sein de cette introduction, nous nous devons d'exposer ci-après un exemplaire des observations utilisées et une brève description de la région hospitalière de Mantes-La-Jolie.

NOM (s)

Naissance *DEM...*
Adoption
Reconnaissance
Légitimation
Naturalisation
Francisation
Mariage *TROP...*
Divorce

Prénom : *Joëlle*
Sexe : *F*
Date de naissance : *10.2.52*
Date biologique (F.) :
Profession (métier habituel) : *Vendeuse*
Nationalité :

Age : *20 ans*
(ménopause - castration)

Situation professionnelle actuelle : *Barmaid*

- origine géographique : *Mantes*
- date d'installation dans la résidence actuelle : *1966*

Poids habituel : *42 kg*
Taille : *1m 53*
Difformité éventuelle : *0*

Poids actuel : *42 kg*
Vitesse de modification pondérale :

Numéro du lit : *319* [4]
Auteur de l'observation : *BAVARD*
Durée du séjour : *désire signer sa pancarte à 1 jour*
Examens complémentaires (Q.I. - tests mentaux - E.E.G.)

Diagnostic synthétique final : *"Réactions un peu caractérielles et sur un mode suicidaire à des difficultés affectives sur une structure hystéroïde" (Dr TRUELLE)*

Orientation thérapeutique souhaitée à la sortie :

Psychothérapie de soutien.

CIRCONSTANCES DE LA TENTATIVE

ABSORPTION

Drogues et doses	*15 comp. Mépronizine + double Phlébotomie 2 poignets*
Modalités de l'absorption (alternance prise bonbons et comprimés).	*1 prise*
Date et heure (s) (jour de la semaine et caractère ouvrable ou férié).	*21 à 22 heures Lundi, heure de fermeture du bar*
Lieu exact (cuisine)	*Chambre*
Tenue et apprêts	*Chemise de nuit ; devait se coucher*
Pourquoi ce procédé ?... ... cette dose ?	

ENVIRONNEMENT

Personne (s) à proximité	*Un voisin*
Personne (s) avertie (s) (avant l'acte)	*A simplement demandé à une visiteuse de partir*
Trace (s) laissée (s) (lettre)	*0*
Heure escomptée de découverte	*Pensait qu'on la retrouverait le lendemain après-midi - Retrouvée à 10 heures du matin.*
Estimation des chances de mort %	*100 %*

DETERMINISME

Idées "noires" (type - ancienneté)	*Surtout depuis le 15.1.72 car "un gars m'a plaquée à cette date après m'avoir connue pendant 10 mois" ne peut plus vivre seule*
Facteur (s) de décision	*Avait aperçu son ancien ami le Dimanche d'où le "cafard" subi le lundi, celui-ci ne l'ayant pas contactée.*
Cause (s) majeure (s) de l'acte	
Raison des délais (éventuels)	

ETAT DU SUJET

Sentiment ressenti (tonalité et originalité)	
Volonté de mort	+++
Volonté de destruction... (de)...	0
Volonté d'auto-destruction	+++
Forme physique (ex. fatigue, surmenage etc...)	*Asthénie +++ ; trois évanouissements en 15 jours* *Signe de Chvostek +++*

CURRICULUM VITAE

MILIEU FAMILIAL D'ORIGINE

Père	*Mort de K. généralisé à 45 ans (elle avait 16 ans) marinier*
Mère	*Convalescente : cause inconnue ; 47 ans*
Fratrie	*1 frère (22 ans) ; 1 soeur (25 ans) ; 1 soeur adoptive (12 ans)*
Autre (s) personne (s) au foyer	*Beau-père, mère, soeur, elle et son fils*
Autre (s) foyer (s) de base	*Dans H.L.M. à Limay - a vécu en péniche jusqu'à l'âge de 13 ans.*
Adaptation sujective à ce (s) foyer (s)	
Décès (date)	*Père 1968*
Séparations (date)	*0 - mère remariée quand elle avait 18 ans*
Carence d'autorité paternelle	*0 - bon père - bonne mère, mais le beau-père ne veut pas qu'elle vive chez lui et sa mère.*

MILIEU EDUCATIF (science de sa propre histoire)

Archéologie du 1er âge (0 - 2 ans)	*Tombée de la péniche dans la seine 3 fois*
1ers souvenirs pré-scolaires (2 - 6 ans)	*Pension chez des gens gentils avec elle mais se disputent souvent*
Ecole	*Aimait école et calcul ; souvent 1ère*
Adolescence	*Pension jusqu'à 12 ans*
Diplômes obtenus	*Certificat d'études*
Connaissances acquises (scolaires)	*2 ans de comptabilité sans avoir passé le C.A.P.*
Centres d'intérêt enfance et adolescence	*Le chant : a fait des concours de chant et en a gagné deux*
Aspirations éprouvées pendant (d°) (rêves d'avenir)	*Chant moderne et classique*

PASSE PERSONNEL

Apprentissage	*Comptabilité pendant 2 ans*
Passage à l'Armée M. Engagt. impulsif, choix d'1 arme, conflits, blessures, désertion, réforme F. période de solitude.	*Séparation 1 an après son mariage alors que son mari faisait son service militaire. Mariage forcé, elle étant enceinte.*

Passé professionnel

Passé géographique

Né à Mantes ⟶ péniche (Le Havre-Paris) ⟶ puis restée chez ses parents à Limay.

Passé affectif
(milieu, mode de vie, moeurs).

Mari : 1er homme connu ; s'aperçoit qu'elle n'aimait pas son mari pendant son service militaire, celui-ci ne venant pas la voir alors qu'étant en permission.

Séparation 1969

Connait un collègue de travail (cuisinier) et vit avec lui

"N'avait eu de rapports sexuels qu'avec son mari et ce cuisinier. Depuis que ce dernier l'a replaquée, couche avec n'importe qui sans en prendre d'ailleurs aucun plaisir, est dégoûtée de tout".

SITUATION AU MOMENT DE L'ACTE

Attaches - Conflits - Projets -

LOGEMENT

Aspect du logement	*1 chambre + 1 coin cuisine + WC dans la cour*
Date d'installation	*27/12/71*
Situation	*"moche" "il faut toujours allumer l'électricité pour y voir clair" paie 350F/mois.*
Surface	*16 m²*
Confort objectif (calme, soleil, commodités)	*0*
Confort ressenti	*0*
Personnes logées en permanence ou - accidentellement	*0 - parfois 1 amie*
Espace personnel (cuisine, secrétaire, collection, journal intime).	*0*
Perspective d'avenir (expulsion, améliorations, agrandissement, rapprochement travail)	*Aucune - dès que retravaillera, fera une demande de studio au Val Fourré* *"essai d'arranger son intérieur, mais tout tombe en lambeaux".*

TRAVAIL et REVENUS

Activité précise	*Barmaid - Vendeuse - Serveuse de Restaurant.*
Horaires variables " diurnes ou non	*7h1/2 le matin ⟶ 2 heures du matin.*
Dépense physique et nerveuse	*+++*
Revenus	*1200F/mois + pourboires.*
Autres apports financiers	*0*
Charges financières (emprunts, dettes, amandes)	*0*
Notion de renvoi, de chômage.	*Au contraire, "mes patrons viennent me rechercher".*
Projets de changement dans l'emploi (promotion, reconversion, retraite anticipée)	*Espoir dans une petite annonce de Publicité.*

ENVIRONNEMENT

Chaque lien est jugé dans les 2 sens, zones de conflit, rejet attachement, remords, absence

Rapports avec parents		*+++*
"	collatéraux	*0*
"	conjoint	*0 - mari peintre en bâtiment vivant chez ses parents avec leur garçon de 3 ans.*
	enfant (s)	*+++*
Lien (s) amoureux		*0*
"	avec les voisins	*0*
"	camarades de travail	*1 seul camarade mais a l'impression qu'il n'est ami avec elle que pour pouvoir coucher un jour avec elle.*
Relations diverses		

ACTIVITE et CONVICTIONS

Religion - Foi	*Protestante - Foi : 0*
nuances de refus, d'indifférence, de pudeur appartenance à groupe, cercle, chapelle.	*0*
Activité politique et syndicale	*0*
Activité sociale ou d'entraide.	*0*
Loisirs - journaliers-café-hebdomadaires	*0 - "tourne en rond"* *Sortait avant ; maintenant n'a plus le goût de rien, sinon sort avec 1 amie.*
annuels (vacances)	*Ne part pas en vacances.*

STIGMATES - EXPERIENCES - EPREUVES

ANTECEDENTS MORBIDES	FAMILIAUX	PERSONNELS
Convulsions - Epilepsie Crises nerveuses	*Du côté de sa mère tout le monde est nerveux et anxieux*	*0*
Maladie (s) somatique (s) longue (s) ou invalidante (s)	*K. généralisé du père.*	*0*
Accident (s) grave (s)	*0*	*1 accident de voiture sans T.C*
Infirmité (s) - difformité (s)	*0*	*0*
Maladie (s) mentale (s)	*0*	*3 tentatives suicide*
Séjour (s) en milieu psychiatrique	*0*	*Consultations psychiatriques*

CONDUITES MARGINALES

Fugues	*0*
Délinquance et procès	*0*
Alcoolisme et drogues	*0*
Jeu et spéculations	*0*
Conduite de risques divers	±

ANTECEDENT (S) DE SUICIDE

Dans la famille	*Frères de sa mère*
Dans l'entourage	*0*
Dans le passé personnel (nombre et dates)	*4ème T.S.* *- 1ère : séparation avec mari Sept. 1969* *- 2ème : Mars 1970 : séparation avec cuisinier* *- 3ème : Sept. 1971 : les parents du cuisinier l'empêchent de se marier avec une femme-mère divorcée.*

FRUSTRATIONS et GRATIFICATIONS

Rang social	
Profession	*Frustrée*
Activité (mari, enfts...)	*Frustrée - ne peut plus supporter l'idée de rentrer chez elle sans y trouver personne.*
Deuil	*Père*
Séparation (s)	*0*
Divorce (s)	*0*
Avortement (s)	*0*

COMPORTEMENT - CARACTERE - PERSONNALITE -

COMPORTEMENTS

Alimentaires)		
Hypniques)	enfance	
Sexuels)	passé	
Sphinctériens)	actualité	
Enurésie		*Propre de bonne heure*
Onycophagie		*+ avant - arrêt il y a 3 mois*
Peurs nocturnes		*+++*
Rituels d'endormissement		
Phobies-alimentaires ...		*Abats*
Comportements sensitivo-sensoriels	) anciens et	
Comportements moteurs	) récents	

CARACTERE

Activité	*+++*
Emotivité	*+++*
Primarité	*0*
Secondarité	*++*
Sensitivité	*+*
Revendication	*++*
Jalousie	*++++*
Méticulosité	*+++*
Rêves	*Rêve qu'on la tue toutes les nuits depuis 3 semaines*
Psychasthénie	*+*
Hystérie (manifestations)	*+*
Cyclothymie (passé)	*+ - Syncopes sans raison apparente*

PERSONNALITE

Terrain	*Solitude*
Syndrome	*Hystérie*
Etiologie	*Difficultés affectives*
Diagnostic	*Réactions caractérielles sur mode suicidaire à difficultés affectives sur structure hystéroïde.*

COMPORTEMENTS DEPUIS LA TENTATIVE

SOUVENIRS DANS LA PERIODE ALLANT DU GESTE A L'HOSPITALISATION

Sentiment de satisfaction	*+++*
Indifférence	
Peur - appel au secours -	*0*
Menues besognes	*S'est allongée tout de suite après la prise + cigarette*
Dernière lecture	*A relu des lettres du cuisinier*
Prière ou voeu avant évanouissement ?	*Souhait de bonheur pour son fils*

EVOLUTION ULTERIEURE

1 - Souvenirs du 1er éveil à l'Hôpital, ou prise de contact avec le service (coma : 0)	*Malheureuse d'avoir manqué sa T.S.*
2 - Acceptation des attentes à l'arrivée, des examens, lavage gastr., prélèvem. sanguins.	*Désagréable*
3 - Lucidité, épuisement, irréalité, confusion fluctuations de la vigilance.	*Irréalité*
4 - Humeur : triste, anxieux, indifférent.	*Triste ± indifférente*
5 - Contusions, escarres, inflammations veineuses, cystites ...	*0*
6 - Recensement des contacts avec le monde extérieur : nouvelles reçues, visites ...	*1 seul ami qui en fait est amoureux.*

ATTITUDE DU SUICIDANT FACE A LA SITUATION PRESENTE

Présentation	*Difficile, hostile au départ, plus franche au fur et à mesure de l'interrogatoire.*
Contact avec l'examinateur	*Bon à la fin*
Style adopté au cours de l'entretien	*Franc, pleurs et ± hystéroclonies au début puis calme et + lucide.*
Jugement sur la situation - évolution - appréciation semblable à avant la tentative	*Se sent incomprise et qu'on ne l'utilise pas à sa juste valeur.*
Contacts hospitaliers avec le personnel soignant et les voisins : *médiocres*	

Déroulement des rencontres avec l'entourage.
- visites de la famille et amis
- attitudes souhaitées de leur part ?
- personnes désirées venues ? *1 ami plusieur fois*

Son geste a-t-il été nocif, inutile ou efficace ? *Inutile, ne tient plus à se retrouver à l'hôpital*
- en quoi

PROJETS

Changements sociaux, modif. profession., transferts affectifs, intentions de sortie *Compte sur une petite annonce de publicité*

Projets de traitement, de convalescence : cadre et thérapeute ? des soins envisagés. *T^t actuel : 0*

CATAMNESE

(A remplir au plus tôt un an après la tentative)

- Durée de la convalescence

- Date de reprise du travail

- Surveillance médicale éventuelle

- Modifications réalisées dans le mode de vie.

NON REVUE.

- Stigmates physiques laissée derrière le suicide.

- Evolution dans le caractère, la personnalité, l'humeur, les attitudes du sujet ?

- Que pense de son geste l'intéressé avec le recul du temps ?

- Patiente — *Non patiente*
- Organisation — *++*
- Dépensier - *Econome*
- Moyen de transport — *1 solex*
- Electrophone - *Transistor* - Magnétophone - *App. photo.*

- Ressemblance morale dans la famille — *0*
- Ressemblance physique dans la famille — *0*
- En cas de surmenage : prise de médicaments — *0*
  de boissons — *0*
  d'aliments — *0*

- Heure du coucher : *2h du matin* — du lever : *6h du matin*
- Prêts : *0* — Emprunts : *0*
- Boissons : *café*
- Soirées ± jeunes — *0*
- Journaux : hebdomadaires — *0*
  quotidiens — *0*
- S'était-elle enfermée ? — *0*
- Pensées antérieures de suicide — *0 avant juin + Juin 1972*
- Que signifie l'acte suicidaire. — *Etre débarrassé de tout - ne plus penser à rien, être tranquille.*
- Tabac + *inhalation de fumée.*
- Transit — *Constipation de périodes de 2-3 jours.*

DESCRIPTION DE LA REGION HOSPITALIERE DE MANTES-LA-JOLIE :

1°) - Situation :

L'Hôpital François-Quesnay reçoit les populations de la sous-préfecture des Yvelines, de deux communes limitrophes Mantes la ville et Limay, et suivant la vallée de la Seine celles étagées jusqu'aux Mureaux à l'est et à Rosny sur Seine, Rolleboise et Bonnières à l'ouest. L'axe géographique Est-ouest de cette population est donc représenté par la vallée de la Seine, l'axe Nord-Sud étant très peu dense en comparaison démographique, habité par des populations rurales.

2°) - La ville de Mantes-La-Jolie (statistiques INSEE 1968 et 1972)

1 - Eléments démographiques :

- Population légale en 1954 : 15.125 habitants dont 148 étrangers
- Population légale en 1962 : 19.225 habitants dont 422 étrangers
- Population légale en 1972 : 40.886 habitants dont 1830 étrangers
  (dont 1186 ouvriers)

Soit un doublement de la population en 10 années.

En 1971 on enregistre 1912 naissances, 566 décès, 227 mariages.

2 - Population Active

a) - Population ouvrière : 5.767 (1968)

Entreprises (Ciments français - la Cellophane -
Régionales (Simca Chrysler - Flins Renault - DUNLOP

b) - 37 entreprises de moins de 10 emplois : 134 emplois

c) - 45 entreprises de plus de 10 emplois : 2.330 emplois

d) - 11356 personnes actives pour 26556 habitants recensés en 1968.

3 - Population recensée travaillant en dehors de Mantes :

a) - S.N.C.F. : 5.300 titres de transport par jour

b) - Transport par cars de 3.000 personnes par jour aux centres de travailleurs étrangers de Limay, Mantes et Porcheville.

c) - Plus les transports personnels et les cars allant à RENAULT - FLINS.

4 - Logements :

14.000 Appartements et Pavillons ("Chalendon") construits en 12 ans dont 7.200 logements au Val Fourré (quartier neuf de Mantes-La-Jolie ; habitations à loyer modéré) pour 200 logements grand standing.

5 - Edifices Publics créés en 15 ans :

Hôtel de ville - Salle des fêtes - Bibliothèque - Conservatoire de musique - Stade omnisports - Deux piscines - Deux gymnases - Une patinoire - Deux centres sociaux - Un centre culturel (900 adhérents ; 7.000 personnes ont assisté à des réunions entre 1971 et 1972) Deux centres de jeunes - Deux P.M.I. - Deux lycées - Deux C.E.S. - Un C.E.G. - Un C.E.T. - Trois cinémas - Un hôpital - etc...

6 - Association sportive de Mantes-La-Jolie (A.S.M.)

32 sections ; plus de 3.000 adhérents.

7 - Services Médicaux

a) - Mantes-La-Jolie : Un hôpital hospice - Un dispensaire - Une consultation Départementale d'Hygiène mentale - Un centre d'orientation scolaire et Professionnel - Un centre Médico-scolaire - Un centre Psycho-pédagogique - Deux P.M.I. - Un Institut Médico-pédagogique et Professionnel - Une Polyclinique - Une clinique obstétricale.

b) - en dehors de Mantes-La-Jolie :

- cinq consultations de nourrissons
- un bureau d'aide sociale
- deux maisons de retraite
- une maison de santé médicale
- un atelier "Association pour la Réhabilitation Professionnelle par le travail dirigé".

3°) - L'hôpital-hospice François-Quesnay de Mantes-La-Jolie

(3ème catégorie)

- Rattaché au C.H.U. COCHIN-PORT-ROYAL
- Draine les populations essentiellement de trois cantons (Mantes - Limay - Guerville) soit 38 communes, accessoirement des cantons de Bonnières et Houdan.

- 820 lits au total
- Deux services de Médecine Générale (100 lits chacun)
- Deux services de Chirurgie Générale (92 lits chacun)
- Spécialités ORL - Stomato (20 lits)
- Pédiatrie (63 lits) - Prématurés (17 lits)
- Gynéco-obstétrique (51 lits)
- 12.422 entrées par an (1971) 11.096 en 1972

4°) - La délinquance à Mantes (Rapport du C.I.R.M. 1972)

Estimations :
- 500 jeunes ont été poursuivis en 1972
- 1.500 ont été classés "asociaux"
- 200 sans travail
- 200 drogués légers et 25 réguliers (drogues allant du Kif à la Cocaïne)
- Fugues : 28 garçons dont 25 retrouvés
  31 filles dont 30 retrouvées
- Age moyen des mineurs appréhendés
  1971 : 15 ans ; 1972 : 16 ans

En conclusion, Mantes-La-Jolie, ressuscitée depuis les bombardements de la dernière guerre mondiale par une Mairie dynamique associe plusieurs caractères disparates. Première ville industrielle entre Paris et Rouen sur la Seine, elle est également une grande cité dortoir à trente minutes de la capitale. Population jeune, nombreuse main d'oeuvre étrangère, installations sportives exemplaires, infrastructure médicale importante, nouvelle constructions incessantes, édifices culturels fréquentés, fraîche campagne toute proche caractérisent la semi-provinciale ville de Mantes-La-Jolie.

Jeunes et moins jeunes tentent de s'y suicider.

Pourquoi et y a-t-il une raison de cause à effet avec l'ambiance, "l'environnement" de la ville ?

C'est ce à quoi nous tenterons de répondre.

Nous avons décomposé cette étude en trois parties

A - Exposé des Résultats

B - Conclusions Eventuelles

C - Comparaison avec d'autres études

A - EXPOSE DES RESULTATS : huit chapitres

I - CIRCONSTANCE DE LA TENTATIVE comprenant :

1°) - Absorption :

Drogues absorbées - Modalités de l'absorption - Saison du suicide - Jour et heure de la tentative - Lieu de l'ingestion.
(on en rapprochera les paragraphes 17, 18 et 20 du chapitre VIII, soit : fermeture du local lors de la tentative - origine des médicaments - Tenue lors de la tentative).

2°) - Environnement :

Personnes à proximité et averties - Lettres écrites

3°) - Motifs :

Familiaux - Professionnels ...
(on en rapprochera le paragraphe 22 du chapitre VIII, soit les causes invoquées par les récidivants 1972 - 1973).

4°) - Etat du sujet :

Volonté de mort - Durée de la préméditation.
(on en rapprochera le paragraphe 19 du chapitre VIII, soit la volonté de mort avouée au premier interrogatoire).

II - CURICULUM VITAE comprenant :

1°) - Situation Matrimoniale des parents

2°) - Situation Matrimoniale des sujets eux-mêmes

3°) - Personne par qui le suicidant a été élevé

4°) - Répartition des séjours collectifs des suicidants

5°) - Professions paternelles

6°) - Matières préférées à l'école

7°) - Diplômes obtenus

8°) - Centres d'intérêt pendant l'enfance et l'adolescence

9°) - Passé géographique

10°) - Aspirations éprouvées pendant l'enfance et l'adolescence.

III - SITUATION AU MOMENT DE L'ACTE comprenant :

1°) - Logement :

Aspect - Confort - Espace personnel ...

2°) - Travail et revenus :

Activité - Revenu - Charges - Chômage...

3°) - Environnement :

Liens avec proches - Relations diverses

4°) - Activités et convictions :

Religion - Politique - Social - Loisirs...

(on en rapprochera les paragraphes 2, 3, 10 et 11 du chapitre VIII, soit : Moyens de transport - Possessions - Soirées entre amis - Lecture de journaux).

IV - STIGMATES - EXPERIENCES - EPREUVES

1°) - Antécédents morbides familiaux et personnels

2°) - Conduites Marginales

3°) - Antécédents de suicide

4°) - Frustrations et gratifications

(on en rapprochera les paragraphes 15 et 16 du chapitre VIII, soit : Premiers rapports sexuels - Nombre de partenaires connus).

V - COMPORTEMENT - CARACTERE - PERSONNALITE

1°) - Comportement :

Enurésie - Onycophagie - Phobies...

2°) - Caractère :

Activité - Emotivité - Jalousie - Rêves

(on en rapprochera les paragraphes 1, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 du chapitre VIII soit : caractères avoués - Prise de ... en cas de surmenage - Boissons habituelles - Heures du coucher et du lever - Prêts et emprunts - Tabac - Transit intestinal).

3°) - Personnalité :

(on en rapprochera le paragraphe 4 du chapitre VII, soit les opinions et diagnostics psychiatriques)

VI - COMPORTEMENTS DEPUIS LA TENTATIVE

1°) - Souvenirs dans la période allant du geste à l'hospitalisation

2°) - Evolution ultérieure

3°) - Réflexions après réanimation

(on pourra en rapprocher le paragraphe 21 du chapitre VIII, soit la durée du séjour à l'hôpital).

VII - RESULTATS DES CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES

1°) - Répartition des consultations

2°) - Associations somatiques retrouvées

3°) - Volonté de mort reconnue par le psychiatre

(à comparer avec le paragraphe 19 du chapitre VIII et le paragraphe 4 du chapitre I soit : Volonté de mort au 1er interrogatoire et suicide désiré).

4°) - Opinions et diagnostics psychiatriques

5°) - Traitement de sortie conseillé

6°) - Sorties contre avis médical

VIII - AUTRES RENSEIGNEMENTS OBTENUS A PARTIR DU QUESTIONNAIRE I.N.S.E.R.M.

A rattacher à d'autres paragraphes comme indiqué précédemment

Paragraphes supplémentaires :

- Ressemblance Morale et Physique dans la famille.

RESULTATS

I - CIRCONSTANCES DE LA TENTATIVE

1°) - Absorption

		sur 17		sur 18		sur 18	
Age		10 à 20 ans		20 à 30 ans		30 ans et plus	
Différenciation 1ère Tent. Suicide - Récidive		1ère T.S.	R.	1ère T.S.	R.	1ère T.S.	R.
Drogues absorbées	Psychotropes seuls ou associés	4	5	5	8	9	4
	Pas de psychotropes	5	1	3	1	3	1
	Alcool associé	0	1	1	2	0	2
	Sans précision	2	0	1	0	1	0
Modalités de l'absorption Nombre de verres d'eau	Une demie à deux gorgées d'eau	4		2		3	
	Un verre d'eau	3		3		4	
	Plus d'un verre d'eau	2		7		4	
	Pas d'eau	4		0		2	
	Alcool associé	1		3		2	
	Plusieurs prises alternées	2		5		2	
	Sans précision	1		0		1	
Saison du suicide (jour et heure de la tentative page suivante)	Janvier	1		3		1	
	Février	4		3		4	
	Mars	1		2		1	
	Avril	4		0		2	
	Mai	0		5		2	
	Juin	4		0		4	
	Juillet	1		3		2	
	Août	1		1		0	
	Septembre	1		1		2	

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Violences associées à ingestion - phlébotomie		1	0	1
Lieu de l'ingestion médicamenteuse	Domicile personnel ou familial	12	15	16
	Lieu de travail	0	1	0
	Lieu public	3	1	0
	Autre domicile étranger	0	0	1
	Sans précision	2	1	1

2°) - Environnement

Personnes à proximité	12	8	11
Personnes averties	3	3	0
Trace - Lettre	2	4	7
Sans précision	0	3	0

3°) - Déterminisme - Motifs immédiats

Problèmes familiaux	7	4	9
"Dégoût de la vie"	2	0	2
Sentimental	2	7	2
Association de 2 ou 3 problèmes ci-dessus	1	6	0
Problème professionnel ou scolaire	0	0	0
Solitude	2	0	3
Problème médical	0	1	1
Deuil récent	1	0	1
Autre sans précision	2	0	0

4°) - Etat du sujet au premier interrogatoire - différent lors de l'interrogatoire par le psychiatre, en général huit jours plus tard.

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Suicides Désirés	Volonté de mort	13	9	12
	Volonté de destruction	1	2	2
	Volonté d'autodestruction	13	9	12
	Fatigue ou surmenage	14	15	15
Durée de la Préméditation	Aucune préméditation	5	6	3
	1 semaine	0	1	2
	1 à 4 semaines	4	2	2
	1 à 6 mois	4	3	5
	Plus de 6 mois	3	5	4
	Sans précision	1	1	2
Jour et heure de la tentative	Jour ouvrable	11	15	12
	Week-end ; jour férié	5	2	5
	Sans précision	2	1	1
	De nuit	5	7	7
	De jour	11	10	10

II - CURRICULUM VITAE

1°) - Situation matrimoniale des parents

Age	10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Parents mariés vivant ensemble	6	11	6
Séparés ou divorcés	8	4	4
Père inconnu	1	0	0
Père décédé	4	2	13
Mère décédée	2	3	9
Père et mère décédés	2	1	8
Remariage ou concubinage d'un des parents	6	4	2

2°) - Situation matrimoniale des sujets eux-mêmes

Célibataires	11	5	1
Mariés vivant avec conjoint	0	7	10
Mariés et séparés	1	3	6
Concubinage	5	3	1
Sans précision	0	0	0

3°) - Personne par qui le suicidant a été élevé

Père et mère	5	8	10
1 seul des deux parents	5	7	4
En partie par d'autres que les parents	8	4	6
Par d'autres seulement	5	2	2
Sans précision	2	1	2

4°) - Répartition de séjours collectifs des suicidants

Age	10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Un ou plus d'un séjour en collectivité	10	8	8
Pouponnière - Aérium - Préventorium	0	2	1
Internat	2	2	0
Foyers de travail à domicile	3	5	4
Sans précision	2	1	2

5°) - Professions paternelles

Agriculteurs	1	0	0
Cadres moyens	1	0	0
Employés	4	3	0
Ouvriers	9	7	2
Retraité	0	4	1
Décès - sans emploi	2	4	15

6°) - Matières préférées à l'école

Sciences naturelles	1	4	6
Physique - mathématiques	5	4	4
Histoire - géographique	0	7	8
Français	3	8	7
Aucun goût - sans précision	6	4	8

7°) - Diplômes obtenus

Age	10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Aucun	6	5	5
Certificat d'études	5	4	5
BEPC	2	2	2
Baccalauréat	0	0	0
C.A.P.	2	6	5
Licence ou équivalences	0	0	0
Sans précision	2	1	1

8°) - Centres d'Intérêt pendant l'enfance et l'adolescence

Enfants	6	7	4
Sport	3	3	4
Dessin	2	1	2
Musique	6	7	5
Nature et animaux	2	2	7
Lecture	2	5	2
Technique	0	1	2
Sans précision	2	0	1
Aucun	3	0	2

9°) - Passé géographique

Toujours à Mantes	2	7	3
Région parisienne et Mantes	3	3	4
Autre endroit de France et Mantes	3	0	2
Plusieurs endroits de France et Mantes	5	3	4
Etranger et Mantes	2	0	2
Etranger, France et Mantes	0	4	2
Non précisé	3	0	1

10°) - Aspirations éprouvées pendant l'enfance et l'adolescence

Age	10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Coiffure	3	3	4
Travaux ménagers	0	1	0
Hôtesse de l'air	1	1	1
Médecin	1	1	1
Profession Para-médicale	1	2	0
Artiste	2	1	0
Religieux	0	1	0
Danse professionnelle	0	1	1
Sports motorisés	1	0	1
Couture	0	0	2
Artisanat	0	0	2
Cultivateur	0	0	1
Enseignement instituteur	2	2	2
Travail de bureau	2	1	1
Commerce	0	2	0
Sans précision	0	1	1
Aucune aspiration	5	2	2

III - SITUATION AU MOMENT DE L'ACTE

1°) - Logement

Age	10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Appartement (en H.L.M.)	11	12	10
Pavillon	6	6	8
Confort objectif favorable	14	14	14
Confort objectif défavorable	3	4	4
Confort subjectif favorable	10	9	14
Confort subjectif défavorable	7	9	4

2°) - Collections

OUI	6	4	6
NON	6	12	11
Sans précision	5	2	1

3°) - Espace personnel

Cuisine	0	3	4
Séjour, salle à manger	1	4	7
Chambre	7	6	3
Aucune	6	5	3
Sans précision	3	0	1

4°) - Journal intime

OUI	11	11	10
NON	3	6	7
Sans précision	3	0	1

5°) - Perspectives d'avenir

Age	10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
OUI	11	11	10
NON	3	6	7
Sans précision	3	0	1

6°) - Profession personnelle

Catégorie	Céli. Veufs Div.	Mariés	Céli. Veufs Div.	Mariés	Céli. Veufs Div.	Mariés
Ouvrier (e)	5		4		2	
Employé	5		4		4	
Cadre moyen - commerçant	0		1		0	
Sans profession	3		8		8	
Sans précision	1		0		1	
Retraité	0		0		3	
Etudiant	4		0		0	

7°) - Notion de renvoi ou de chômage

OUI	9	0	2	0	1	2
NON	8	0	5	10	2	12
Sans précision	0	0	0	1	1	0

8°) - Projet de changement d'emploi

Réponses affirmatives	8	0	6	6	0	9

9°) - Revenus mensuels des ménages ou célibataires

Age	10 à 20 ans		20 à 30 ans		30 ans et plus	
Catégorie	Céli. Veufs Div.	Mariés	Céli. Veufs Div.	Mariés	Céli. Veufs Div.	Mariés
Moins de 1000 F	10	0	5	0	1	0
De 1000 à 1500 F	7	0	2	1	1	5
De 1500 à 2000 F	0	0	1	2	1	2
De 2000 à 2500 F	0	0	0	1	0	4
De 2500 à 3000 F	0	0	0	1	0	2
Plus de 3000 F	0	0	0	3	0	1
Sans précision	0	0	0	1	1	0

10°) - Emprunts - Dettes

OUI	2	1	8	1	1	9
NON	14	6	2	2	2	5
Sans précision	1	0	1	1	1	0

11°) - Environnement

Bonnes relations avec :	Parents	13	12	16
	Collatéraux	12	11	16
	Conjoint	1	6	11
	Voisins	7	10	13
	Camarades de travail	15	11	13
	Amis	10	8	9
	Liens amoureux divers	5	6	11

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Nombre d'enfants	0	16	5	2
	1	0	4	2
	2	1	4	5
	3	0	4	7
	Plus de 3	0	1	1

12°) - Activités et convictions

Catholique	15	15	16
Croyant (e)	8	11	13
Pratiquant	2	3	6
Activités politiques ou syndicales	5	3	3
Activités sociales	3	1	0

13°) - Loisirs

Loisirs Hebdomadaires	Danse	3	1	0
	Cinéma	2	0	0
	Promenades	4	5	7
	(Visites) famille	1	5	4
	Aucune activité	7	7	7
Vacances annuelles	Mantes	1	1	0
	Famille	4	4	0
	Hôtel - Camping France	3	4	7
	Etranger	2	4	3
	Pas de vacances	7	5	8

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Loisirs quotidiens	Lecture - musique	10	10	9
	Télévision	8	4	11
	Sport - Jeux	1	2	1
	Café et autres	1	2	1
	Travaux ménagers	1	2	4
	Aucun	2	2	2

IV - STIGMATES - EXPERIENCES - EPREUVES

1°) - Antécédents morbides

Age	10 à 20 ans		20 à 30 ans		30 ans et plus	
Familiaux (F) ou personnels (P)	F	P	F	P	F	P
Convulsions-épilepsie	7	8	2	8	3	8
Maladies somatiques longues ou invalidantes	11	4	9	4	9	6
Accidents graves	7	3	2	2	6	4
Infirmités - Difformités	1	0	0	1	3	0
Maladies mentales	3	0	1	2	2	1
Séjour en milieu psychiatrique	4	2	2	4	3	5

2°) - Conduites marginales

Fugues	6	3	1
Délinquances - Procès	1	1	1
Alcoolisme - Drogue	6	5	6
Jeu et spéculation	1	4	1
Conduite de risques divers	9	7	4

3°) - Antécédents de suicide

Dans la famille	9	2	9
Dans l'entourage	7	5	2
Personnels 1ère tentative	11	9	13
" 2ème "	4	7	3
" 3ème "	1	1	0
" 4ème "	1	0	2
Plus de 4 tentatives	0	1	0

4°) - Frustrations

Age	10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Sociale	5	9	9
Professionnelle	9	10	10
Affective	11	12	9
Divorces personnels	0	3	4
Divorces familiaux	3	2	1
Avortements (tous provoqués)	1	6	8

V - COMPORTEMENT - CARACTERE - PERSONNALITE

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Comportements	Peur nocturne	8	6	5
	Enurésie	7	2	2
	Onycophagie	10	10	0
Rituel d'endormissement	Boisson	4	1	3
	Lecture	6	1	5
	Médicament	0	0	1
	Musique	1	0	0
	Tabac	1	5	1
	Aliments	1	1	1
	Aucun rituel	3	4	7
	Sans précision	1	3	3
Phobies alimentaires	Aucune	3	8	12
	Oeufs	3	3	3
	Poissons	2	3	1
	Viande	1	3	2
	Abats	2	1	1
	Légumes	3	0	0
Caractère avoué	Activité intense	14	15	14
	Emotivité	11	12	15
	Sensitivité	3	3	1
	Revendication	3	7	3
	Jalousie	12	10	3
	Méticulosité	9	13	12

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Types de rêve revenant fréquemment, plus ou moins associés	Aucun	5	6	6
	Chutes	1	3	4
	Lévitation	2	1	1
	Violences personnelles	6	1	3
	Sanglants	1	2	1
	Accidents personnels	3	4	2
	Accidents de proches	3	5	3

DESCRIPTION DE REVES PARTICULIERS REVENANT
FREQUEMMENT CHEZ UNE MEME PERSONNE

- rêve qu'on la scalpe, qu'un homme entre chez elle avec un bas sur la tête

- rêve de personnes emmurées, qu'elle ne peut descendre ni sortir de son appartement

- voit un homme dans sa chambre, se réveille et se lève, et ne peut se recoucher qu'après avoir regardé derrière les rideaux.

- monte des escaliers sans cesse sans jamais arriver au but ni en voir la fin

- rêve de guerre, de bombardements, de soldats allemands

- voit des bêtes méchantes depuis qu'elle a été mordue par un chien

- rêve qu'il suit son enterrement

- rêve qu'elle vole sans fin, qu'elle a peur des projectiles qu'on lui lance, atterrit enfin... et tout le monde l'applaudit

- rêve que l'on tue ses enfants

- rêve que sa fille pleure et l'appelle

- rêve de serpents

- rêve qu'elle tue son mari parce qu'il la trompe (mari fidèle dans la réalité)

- rêve qu'il fume et se réveille car il a l'impression que sa cigarette va mettre le feu au lit

- un gros ballon à dessins géométriques s'approche d'elle. Elle se réveille couverte de sueurs

- rêve qu'à la fenêtre elle voit un nord-africain avec un poignard dans le dos et de la boue sort de son corps
elle rit alors en disant : "encore un !"

- rêve de sa propre mort dans la nature, qu'elle est emportée par une barque entourée d'animaux, qu'elle meurt sans souffrir

- elle est mariée en blanc, la route est couverte de sang, la robe blanche se teint en rouge.

VI - COMPORTEMENTS DEPUIS LA TENTATIVE

Age		10 à 20 ans		20 à 30 ans		30 ans et plus	
ouvenirs ans la ériode llant du este à 'hospita- isation	Satisfaction	11		6		8	
	Indifférence	2		5		7	
	Peur - appel au secours	4		4		1	
	Menues besognes	7		3		1	
	Dernière lecture	4		2		0	
	Voeu ou prière avant évanouissement	4		2		2	
volution ltérieure	Visites de parents	11		12		16	
	Visite d'amis	13		10		5	
	Contusions, douleurs gastriques	5		2		9	
	Inflammations veineuses	1		2		6	
	Cystites	2		2		1	
Nombre de tentatives		1ère T.S.	R.	1ère T.S.	R.	1ère T.S.	R.
éflexions près éanimation	Heureux d'avoir manqué	10	3	3	3	8	4
	Déçu d'avoir manqué	1	3	4	5	4	1
	Indifférent	1	0	2	1	1	0
	Geste efficace "cela change tout"	2	1	3	3	2	0
	Geste inutile	6	3	3	2	7	2
	Geste nocif	2	1	0	3	2	2
	Sans précision	1	1	3	1	2	1

VII - RESULTATS DES CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES

Age		10 à 20	20 à 30	30 et plus
Répartition des consultations	Dr. BESTEL (service Pr. BUGE)	6	5	4
	Dr. TRUELLE (service Pr. CASTAIGNE)	4	7	6
	Service du Pr. BRION Versailles	3	4	3
	Pas de consultation psychiatrique	4	2	5
Associations somatiques retrouvés		2	1	4
Volonté de mort reconnue par le psychiatre		2	3	6
Opinions et Diagnostics Psychiatriques	Personnalité fragile, infantile, immaturé	4	2	1
	Personnalité hystérique ou névrotique	7	3	3
	Réaction d'impulsivité	6	3	1
	Personnalité obsessionnelle et phobies	4	2	1
	Pas d'inquiètude - Dépression faible Anxiété simple	5	5	8
	Schizophrénie	0	1	0
	Grande mélancolie	0	2	2
	Syndrome dépressif grave	1	1	1
Traitement de sortie conseillé	Sédatifs - Anxiolytiques	6	7	8
	Désintoxication éthylique	0	0	2
	Pas de traitement	5	3	2
	Centre d'hygiène mentale - Psychothérapie de soutien	6	4	3
	Maison de repos	2	3	5
Sorties contre avis médical		4 dont 1 évasion	1	2

VIII - AUTRE RENSEIGNEMENTS OBTENUS A PARTIR DU QUESTIONNAIRE I.N.S.E.R.M.

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Caractères avoués	Patience	6	5	10
	Organisation	9	4	12
	Dépensier	8	6	2
Moyen de transport	En commun	12	7	6
	Vélo-moteur	6	5	1
	Automobile	0	4	7
Possessions	Electrophone	6	6	8
	Transistor	14	8	11
	Magnétophone	0	3	4
	Appareil photo	9	11	13
Ressemblance morale dans la famille	Grand-parents	4	0	0
	Père	4	0	0
	Mère	1	3	6
	Fratrie	2	1	4
	Autres	2	0	0
	Sans précision	4	14	8
Ressemblance physique dans la famille	Grand-parents	4	0	0
	Père	2	0	2
	Mère	3	3	9
	Fratrie	0	6	7
	Autre	0	0	0
	Sans précision	7	9	0

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
En cas de surmenage prise de	Médicaments	2	4	10
	Boissons	4	4	6
	Aliments	6	4	2
Boissons habituelles	Café	7	8	3
	Thé	2	1	7
	Coca cola	5	2	0
	Vin	1	0	3
	Bière	2	3	4
	Autres alcools	0	4	1
Heure du coucher	Moins de 20 h	2	2	3
	20 à 22 h	8	3	13
	22 à 0 h	4	11	2
	Plus de 0 h	3	2	0
Heure du lever	Moins de 6 h	3	2	2
	6 à 7 h	5	8	7
	7 à 8 h	5	6	6
	Plus de 8 h	4	2	3
Soirées régulières entre amis		3	3	1
Lecture de journaux	Hebdomadaires	6	4	8
	Quotidiens	1	4	4
	Prêts	5	9	13
	Emprunts	8	2	1

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Tabac	Sans inhalation de fumée	12	8	4
	Avec inhalation	7	4	1
Transit intestinal	Troubles : constipation ou alternances diarrhée	4	7	7
Premiers rapports sexuels	Moins de 18 ans	5	2	3
	18 à 21 ans	1	9	8
	21 à 25 ans	0	4	3
	Plus de 25 ans	0	2	1
	Vierge	11	1	3
	Non précisé	0	0	0
Nombre de partenaires connus sexuellement	0	11	1	3
	1	3	8	6
	2	2	3	3
	3	0	2	2
	4	0	0	0
	5 et plus	1	3	0
	Non précisé	0	1	4
S'était enfermée pour sa tentative		6	0	2
Origine médicamenteuse	Médicaments personnels	5	8	13
	Médicaments familiaux ou autres	8	9	4
	Sans précision	5	1	1
Volonté de mort avouée à l'interrogatoire	OUI	13	9	12
	NON	2	6	2
	Sans précision	2	1	1
	Plus ou moins	2	3	4

Age		10 à 20 ans	20 à 30 ans	30 ans et plus
Tenue lors de la tentative par rapport à l'heure	Nuit + tenue de jour	2	2	1
	Jour + tenue de jour	9	8	7
	Jour + tenue de nuit	1	1	4
	Nuit + tenue de nuit	5	6	5
	Sans précision	0	1	1
Durée du séjour à l'hôpital	Six à dix jours	7	10	6
	Onze à vingt jours	2	4	5
	Vingt et un à trente jours	2	2	2
	Plus de trente jours	0	0	2
	Sans précision	0	0	1
	Moins de cinq jours	6	1	2
Causes invoquées par les récidivants 1972 - 1973	Retrouvées à Mantes	5	2	3
	Cause financière	0	1	1
	Cause affective, familiale	11 (conflits parents)	4	2
	Conjugale - Sentimentale	4	6	0
	Cause solitude - Décès	1	1	3
	Cause professionnelle	2	3	0
	Cause sexuelle	1	2	1

B - CONCLUSIONS EVENTUELLES

Voici l'heure des conclusions ... éventuelles !... certes éventuelles car nous ne pourrions prendre les résultats de ce travail pour définitifs.

Pour première raison, comme nous l'avons signalé dans l'introduction, notre absence de formation psychiatrique particulière nous barre la possibilité de développer ces conclusions. Ensuite le nombre des interrogatoires retenus limité à cinquante trois et le questionnaire lui-même insuffisamment développé ne peuvent suffire à établir la personnalité du suicidant sinon à "l'évoquer".

Nous ne considérerons donc ces résultats "bruts" que comme ceux d'une "pré-enquête" établie et examinée par notre seul bon sens de jeunes médecins désireux de percer le mystère.

Nous examinerons nos conclusions suivant le canevas du chapitre précèdent et les diviserons en deux parties :

I - REFLEXIONS SUR LA PERSONNALITE DU SUICIDANT

II - RAPPORTS EVENTUELS ENTRE LE SUICIDANT ET SON ENVIRONNEMENT PARTICULIER : MANTES-LA-JOLIE

I - REFLEXIONS SUR LA PERSONNALITE DU SUICIDANT

1°) - Circonstances de la tentative (chapitre I + paragraphes 17, 18, 19 20, 22 du chapitre VIII)

a) - Absorption

- Les jeunes, sans doute moins informés, à leur première tentative prennent peu de psychotropes contrairement aux récidivistes et aux deux autres tranches d'âge.
- Peut-être plus impulsifs, les jeunes avaleraient leurs médicaments sans eau. La deuxième tranche plus indécise boirait plus, augmenterait la dose progressivement, et associerait plus volontiers l'alcool.
- La raison du suicide apporte peu de renseignements par le petit nombre même des interrogatoires.
- Les jours ouvrables et l'horaire diurne des tentatives dominent largement le "Temps" du suicide.
- La hantise de mourir sans souffrir apparait nettement dans les trois catégories par l'absence de violence associée, la tranquilité du domicile personnel ou familial (les jeunes s'enferment beaucoup plus volontiers) où ont lieu la majorité des tentatives et de nombreuses réflexions post-réanimation telles "jamais je ne recommencerai":"je ne pensais pas que cela faisait autant souffir !" (perfusions, lavages gastriques).
- Dès ce premier paragraphe une impression est née : bien que moins efficaces, les tentatives d'adolescents sont les plus "sérieuses".

b) - Environnement : Une conclusion étonnante apparaît :

Ce n'est pas dans l'isolement complet que se fait la plupart des tentatives. Une telle prendra ses comprimés et agira comme si de rien n'était, servant le dîner à mari et enfants jusqu'à l'évanouissement. Telle autre dira bonsoir à ses parents et se couchera dans le même lit que sa soeur après avoir pris ses médicaments. La tentative doit marquer une désapprobation significative, donc devant témoins : "il n'a pas voulu, donc tant pis pour moi ... et pour lui !".

c) - Déterminisme :

Les problèmes familiaux, rapports parents-enfants dominent largement dans les deux classes extrêmes. Seule la seconde classe (20 à 30 ans) voit les problèmes sentimentaux, rapports conjugaux, problèmes sexuels dominer. Aucun problème professionnel ni scolaire n'a pu engendrer une tentative dans cette étude sauf chez les récidivants.

d) - Etat du sujet au 1er interrogatoire :

- Pratiquement tous sont fermement persuadés avoir désiré leur mort alors que très peu de volontés morbides ont été reconnues en fin de séjour par le psychiatre : désir d'impressionner le médecin à l'arrivée à l'hôpital ou désir de "s'en sortir" le plus rapidement possible par un bon contact avec le psychiatre ?

- Pas de milieu pour la préméditation : c'est l'impulsivité ou "la goutte d'eau qui fait déborder le vase" après six mois de "ruminements intérieurs".

- Enfin on désire se supprimer, se jugeant inutile ; on désire rarement tuer. Il s'agit de résignation, non de vengeance.

2°) - CURRICULUM VITAE

a) - Situation matrimoniale des parents :

C'est pour les adolescents que les résultats sont frappants. Il s'agit d'une majorité de jeunes orphelins, ou dont les parents sont séparés et pire, remariés. Les beaux-parents, l'absence du père ou de la mère, la mésentente avec l'unique chef de famille sont le plus souvent au centre du conflit majeur et déterminant la tentative.

b) - Situation matrimoniale des sujets :

Les moins de vingt ans étant rarement mariés, c'est au niveau conjugal que se fait le conflit dans la deuxième classe : séparations, divorces, concubinages, en minorité chez les plus de 30 ans.

c) - Personne par qui le suicidant a été élevé :

La majorité des adolescents suicidants n'a pas été élevée par les deux parents. Le tiers même n'a eu pour éducateurs que des "étrangers". Les plus de trente ans semblent par contre avoir été formés dans un équilibre familial plus solide. Les constatations se rapprochent dans la répartition des séjours collectifs (d) où l'adolescent semble beaucoup plus désuni de la famille que les deux autres classes.

d) - Professions paternelles : les ouvriers dominent ; un seul cadre moyen est reconnu ; la pauvreté du milieu d'origine semble jouer.

e) - Matières préférées à l'école et f) Centres d'intérêt pendant l'enfance et l'adolescence :

Une barrière sépare les adolescents des deux autres classes. C'est le désintéressement des adolescents pour la plupart des matières enseignées et des activités, des plaisirs de la vie qui frappe à l'interrogatoire. Si les classes 2 et 3 se sont intéressées à la plupart des matières sauf aux mathématiques, il n'y a guère que celles-ci qui aient pu intéresser les adolescents : nouvel enseignement dirigé vers les sciences exactes au désintéressement d'une nouvelle génération ?

Quand aux centres d'intérêt seuls l'attrait pour les enfants et l'amour de la musique (moderne) émergent du lot. La classe la plus âgée semble néanmoins apprécier la nature et les animaux.

g) - Passé géographique :

Alors que moins de 20 ans et plus de 30 ans semblent avoir fréquemment changé de résidence, la deuxième tranche paraît beaucoup plus sédentaire et Mantaise.

h) - Aspirations éprouvées pendant l'enfance et l'adolescence :

Une conclusion étonnante semble apparaître : la coiffure domine dans les aspirations des trois catégories. Quant aux cinq "aucune aspiration" des 10 à 20 ans, elles sembleraient confirmer le désintéressement général des adolescents déjà évoqué.

3°) - SITUATION AU MOMENT DE L'ACTE :

(chapitre III et paragraphes 2, 3, 10 et 11 du chapitre VIII)

- Logement : La grande majorité des tentatives provient de ces grands ensembles communs maintenant à toutes les villes de France (Habitations à loyer modéré). Pourtant la plupart sont heureux de leur logement, tout au moins par le confort objectif. Mantes a, il faut le dire, fait un gros effort quant à la qualité de ces logements.

- Les collections : Sont assez fréquentes dans les habitudes de cette population à part. Doit-on juger le côté puéril pessimiste du caractère ou l'attachement à certaines choses matérielles : abord optimiste ?

- L'espace personnel : Caractérise plus les classes plus âgées : sécurité d'un endroit familier où l'on travaille (cuisine), où l'on se détend (salle à manger pour les plus âgés, chambre à coucher pour les plus jeunes), où l'on se trouve seul. Le désir de solitude jure souvent dans cette population avec le besoin de compagnie.

- Se rapprochant des collections, peu de gens écrivent leur journal de bord.

- L'espoir est néanmoins grand chez ces personnes "désespérées" car les projets d'avenir sont nombreux, ainsi que les projets de changement d'emploi.

- Les professions personnelles : Accusent comme les professions paternelles une majorité d'ouvriers et d'employés, soit des professions à bas revenus,

- Le déséquilibre et le désintéressement des adolescents est encore souligné par la fréquence des licenciements dans l'emploi.

- Les revenus : Sont très bas. Les seuls dépassant 2000 F par mois sont obtenus par les maris de cette majorité de femmes.

- Les emprunts et les dettes : Ne semblent pas plus élevés que dans les classes dites normales de notre société. Si les causes financières interviennent peu dans le motif profond de la tentative, le souci de crédits à rembourser contribue certainement à ces états de surmenage et de fatigue physique et nerveuse qui caractérisent ces sujets (paragraphe 4 du chapitre I)

- L'environnement : Montre malgré tout que ces "suicidants" conservent de nombreuses attaches familiales et extérieures.

- Le nombre des enfants : De cette population ne dépasse pas les limites possibles pour leurs revenus : deux seulement ont plus de trois enfants.

- Les adolescents baptisés sont peu croyants et non pratiquants. Ils auraient par contre plus d'activités politiques et syndicales que les deux autres classes.

- Quant aux loisirs, ils frappent par leur pauvreté : Manque d'imagination, désintéressement encore une fois ?

- Les transports en commun : Servent en majorité à cette population aux revenus faibles. Seul le poste à transistors semble émerger de la liste des possessions.

- Le manque de culture, de curiosité, la résignation dans la solitude sont enfin marqués par le peu de lecture et l'absence de réunions amicales.

4°) - STIGMATES - EXPERIENCES - EPREUVES :

(chapitre IV et paragraphes 15 et 16 du chapitre VIII)

- Les antécédents morbides sont difficiles à analyser. Il faudrait les comparer à des résultats semblables sur la population générale. Néanmoins près de la moitié des sujets, soit vingt quatre a présenté des convulsions pendant l'enfance.

- Les conduites marginales ne seraient significatives que pour les fugues et les conduites de risques divers parmi les adolescents.

- Les antécédents de suicide sont fréquents dans la famille et dans l'entourage. On note sur ces cinquante trois tentatives, vingt récidives dont six atteignant trois à cinq tentatives.

- Du point de vue frustrations, l'affection puis les désillusions professionnelles viennent au premier plan. On note quinze femmes ayant subi au moins un avortement provoqué.

- Cinq adolescentes sur dix sept ont connu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans. Trois femmes de plus de 30 ans n'ont jamais eu de rapport.

- Le nombre de partenaires connus sexuellement est limité. Sur cinquante trois sujet, quinze sont vierges et dix sept n'ont connu qu'un partenaire.

5°) - COMPORTEMENT - CARACTERE - PERSONNALITE

(chapitre V et paragraphes 1, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 du chapitre VIII, 4 du chapitre VII).

- Les comportements caractérisent le déséquilibre de cette population. Dix neuf ont peur la nuit, onze sont énurésiques et vingt onycophages. Trente deux avouent un rituel d'endormissement. Vingt huit phobies alimentaires sont retenues dont douze pour la viande et le poisson. Dix huit accusent des troubles du transit.

- Bien qu'abattus par leur fatalité, plus des deux tiers se jugent intensément actifs, méticuleux et organisés dans leur travail. Beaucoup se jugent émotifs et jaloux. Peu se trouvent sensitifs ou facilement revendiquants, patients ou économes.

- Trente six personnes sont réveillées fréquemment la nuit par le même type de rêve. Dix sont persécutées par des violences personnelles. Le paragraphe 5 bis du chapitre V expose quelques thèmes particuliers.

- En cas de surmenage, beaucoup des plus de trente ans ont pour habitude de prendre des médicaments (en général limités à la vitamine C). Le café domine parmi les boissons habituelles. Vingt quatre personnes fumeraient régulièrement, douze d'entre elles inhalant la fumée.

- Les 20 à 30 ans se coucheraient plus tard et se lèveraient un peu plus tôt que les deux autres tranches.

- Enfin cette population serait assez généreuse et "prêterait" volontiers.

6°) - COMPORTEMENT DEPUIS LA TENTATIVE

(chapitre VI et paragraphe 21 du chapitre VIII)

- Trente neuf personnes sur cinquante trois étaient soit indifférentes soit satisfaites de leur sort après l'ingurgitation du "poison" : volonté de mourir ? Neuf seulement sont prises de remords ou ont peur et appellent du secours. Huit seulement font une prière ou un voeu, lisent avant l'évanouissement : renoncement, acceptation de l'évolution voulue ?

- Trente neuf personnes seulement reçoivent la visite des parents ou d'amis durant leur séjour à l'hôpital : isolement ? Peu ont à se plaindre de suites post-hospitalières telles contusions, douleurs gastriques, inflammations veineuses ou signes de cystite.

- Quant aux suites morales, sur les seules trente deux personnes heureuses d'avoir "manqué" leur tentative de suicide, onze jugent que leur geste a été efficace : "cela change tout". Si l'on estime que ces onze tentatives ont été des actes murement réfléchis pour "faire pression" sur des facteurs jugés influençables, on peut rapporter approximativement à onze sur cinquante trois, soit 22 % le nombre de "suicides-chantages".

- Enfin si l'on peut juger et la gravité du geste et l'importance de l'intoxication sur la durée du séjour à l'hôpital, on s'aperçoit que 32 sur 53 n'ont été hospitalisées que moins de 10 jours. Resterait-il vingt et unes tentatives plus sérieuses ? C'est par le chapitre des consultations psychiatriques que nous pourrons peut-être répondre !

7°) - RESULTATS DES CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES

- Onze personnes ont été reconnues par les trois psychiatres consultés comme ayant vraiment voulu se suicider. Cela fait loin des trente quatre personnes affirmant avoir vraiment voulu se tuer au premier interrogatoire.

- Huit personnes reviennent avec un diagnostic grave : "schizophrénie, grande mélancolie et syndromes dépressifs graves".

- Dix huit personnes n'offrent aucune inquiètude à leur égard et dix sujets sont "relachés" sans aucun traitement. Vingt trois personnes sont dirigées sur un centre d'hygiène mentale pour psychothérapie de soutien ou sur une maison de repos.

- Enfin sept personnes sortent contre avis médical et sans traitement.

- En conclusion, faut-il penser que sur cinquante trois tentatives de suicide, quarante cinq se font dans le cadre d'un chantage ou ne portent pas à conséquence ou doit-on repenser ces réflexions devant les vingt récidives ?

- Enfin, n'est-il pas judicieux de croire à l'intérêt de la création d'un centre spécialisé d'hygiène mentale et de soins psychiatriques dans la région de Mantes-La-Jolie ?

II - RAPPORTS EVENTUELS ENTRE LE SUICIDANT ET SON ENVIRONNEMENT PARTICULIER : MANTES-LA-JOLIE

De certaines caractéristiques économiques découlent grossièrement les conditions de vie d'une grande partie de la population mantaise et de nos suicidants.

Sur 41.000 habitants, dont à peu près 20.000 personnes actives, 12.000 seulement trouvent des emplois dans la région de Mantes. 7 à 8.000 donc travaillent en dehors et plus de 6.000 à PARIS. De là découle un premier aspect : "La cité-dortoir".

Constructions, entreprises, industries appellent une nombreuse main-d'oeuvre étrangère : 2.000 travailleurs étrangers de nationalités Algérienne et Marocaine, Portugaise et Turque habitent Mantes.

Une majorité de petits revenus, une population étrangère à loger, "La cité-dortoir" entraînent la construction d'habitations à loyer modéré et avec elles recréent les problèmes de ces grands ensembles communs à la plupart des villes de France. Promiscuité, coexistence plus ou moins pacifique de populations aux moeurs, confessions, activités différentes créent bien des problèmes qui nous ont été souvent exposés lors des interrogatoires. Surmenage, fatigue des transports, monotonie du travail, presse et stress en fait communs à toute vie urbaine, tensions familiales ou conjugales, alcoolisme paternel ou conjugal interviennent certainement dans la genèse du suicide.

Pourtant, avec ses installations administratives, culturelles, médicales, sportives, la qualité de ses H.L.M. très "vivables", nous en témoignons pour y avoir vécu, logés par l'hôpital et la majorité des interrogatoires révèlant un confort objectif favorable, une surveillance policée très satisfaisante jugulant bien la délinquance, la proximité d'espaces verts, l'environnement de Mantes-La-Jolie nous paraît d'une qualité bien supérieure à celui de Sarcelles pour ne citer que cette commune.

Aussi nous ne pouvons retenir de relation de cause à effet flagrante entre le suicidant et son environnement à Mantes et ceci pour deux raisons. La personnalité de cette population suicidante nous semble trop peu curieuse et escompte beaucoup trop des autres pour s'adapter à la vie et ceci dans n'importe quelle ville. D'autre part la majorité des motifs de suicide ont été reconnus d'ordre sentimental ou familial et excluent donc l'environnement des circonstances favorisantes.

En conclusion nous ne retiendrons que deux problèmes propres à la ville de Mantes :

- Le surplus de population pour l'embauche locale et sa majorité de petits salaires d'un point de vue économique et sociale.

- L'absence de centre hospitalier à visée psychiatrique, d'un point de vue médical.

En fait, si l'on compare Mantes-La-Jolie à certaines villes scandinaves équivalentes où les salaires sont équilibrés et les installations psychiatriques florissantes, les taux de tentatives d'autolyse et suicides accomplis n'y sont-ils pas plus élevés ?

C - COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES

Il s'agit d'un chapitre complexe où nous nous référons à plusieurs études différentes et que nous décomposons en trois parties principales : hypothèses, sujet et conclusions.

I - Les théories sur le suicide où nous énumérerons les différentes idées et opinions émises à ce sujet, les hypothèses.

II - La personnalité du suicidant, les causes de la tentative et les conduites suicidaires dans les trois catégories d'âge. Une transition nous permettra de passer à la troisième partie : le suicide est-il toujours pathologique ? Le suicidaire est-il un malade psychiatrique ? amèneront un tableau comparatif entre différents travaux sur les diagnostics psychiatriques.

III - La prévention du suicide et les organismes de prévention ; les moyens à mettre en oeuvre devant ce "fléau social" ; conclusions.

I - LES THEORIES SUR LE SUICIDE

A. GORCEIX écrit : "il est, pour pénétrer au temple de la mort volontaire, deux portes monumentales : la porte des Martyrs et la porte des Sages". Tels Saül, Lucrêce, Judas, Sénèque, Caton ou Brutus, "devant la porte des Martyrs chacun apprend que le problème de la mort volontaire est aussi son propre problème. L'homme est un animal qui peut, ou croit pouvoir, se donner lui-même et librement la mort". Sur la porte des sages "surgissent les principaux thèmes de notre méditation : la Mort et le Destin, la Rage et le Désespoir, l'Angoisse et la liberté". Ici, "le suicidé demeure, à l'instant de son acte, tout à la fois la victime et le bourreau, le sacrifiant et le sacrifié".

Suicidants volontaires "martyrs" ou "sages" désespérés ont été, dans l'histoire, rejetés le plus souvent par la société. Seuls les Stoïciens considéraient le suicide comme un acte conscient, sinon comme un acte héroïque : ils disaient avoir le droit de sortir de la vie comme d'une chambre pleine de fumée ou de la déposer comme un vêtement incommode. Par contre dans l'antiquité, les Pythagoriciens et les Platoniciens condamnaient le suicide comme étant l'acte d'un lâche qui abandonne sans ordre une faction. VIRGILE a placé dans son enfer, livrés aux supplices d'éternels regrets ceux qui se sont donnés la mort. Chez plusieurs peuples, la législation frappait le suicide de peines posthumes. Aussi, à Athènes, on mutilait son cadavre et on le privait des honneurs de la sépulture. A Thèbes, on flétrissait sa mémoire. Au moyen-âge, son corps était traversé d'un pieu ou traîné sur une claie et ses biens confisqués. Drieu LA ROCHELLE, dans le Feu Follet écrivait "Le suicide, c'est un acte, l'acte de ceux qui n'ont pu en accomplir d'autres". Enfin, les canons de l'Eglise et Saint AUGUSTIN condamnent le suicide comme un acte de révolte contre la volonté divine. "Le suicide est une mort furtive et honteuse" écrivait J.J. ROUSSEAU. Plus interrogateur, suivant la voie de réflexions sur le suicide, mais plus près de nous, A. CAMUS écrit : "il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide".

Plusieurs théories s'affrontent au XIXème siècle. Essentiellement deux ressortent : la thèse psychiatrique et la cause sociologique. ESQUIROL pour lequel tout suicide est un geste d'aliéné s'oppose aux théories de Halbwachs où le suicide, s'il est lié à un trouble mental traduit un évènement social : "le vide social". A. DELMAS dit qu'il s'agit d'un trouble constitutionnel de l'humeur et E. DUPRE d'une perversion de l'instinct de conservation. Ainsi dans cette thèse psychiatrique, le suicide est un symptôme.

Pour DURKHEIM, toujours considéré comme le grand théoricien du suicide, le phénomène déterminerait le degré de cohésion de la société et le suicide d'un individu dépendra du degré d'intégration de celui-ci dans la société où il vit. C'est la thèse sociologique. Pour lui, si la cause n'est pas sociale, le suicide apparaît comme pathologique. Il apparaît donc comme normal quand il se trouve déterminé par la structure sociale. DURKHEIM décrivait ainsi le suicide : anomique par un défaut de cohésion sociale, mais aussi altruiste, égoïste et fataliste.

Plus récemment, HALBWACHS, soutient cette thèse : le suicide traduit toujours quelque événement social même quand il se produit chez des sujets psychopathiques car l'idée même de se donner la mort est toujours l'explication d'une certaine morale sociale. Le suicide et le sacrifice se rejoignent, sans se confondre, car le suicide est réprouvé alors que le sacrifice est récompensé par la société. La thèse sociologique du suicide est donc diamètralement opposée à la thèse psychiatrique puisqu'elle considère non plus le suicide mais le phénomène social. Ici, l'idée même de se donner la mort, fût-elle conditionnée par des troubles affectifs instinctifs ou intellectuels, réside essentiellement en un désir d'inspiration sociale et non strictement individuelle. Nous sommes loin de la définition d'A. DELMAS où le suicide est l'acte par lequel se donne la mort tout homme qui pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir en dehors de toute obligation éthique, ce type de suicide étant toujours pathologique et pour qui le suicide des Stoïciens apparaît comme une "réaction anxieuse".

Charles BLONDEL, G. DESHAYES enfin essaient une approche des deux thèses en concluant que devant tout suicide, le médecin ne doit pas être, a priori, certain qu'il s'agisse d'un psychopathe.

En fait, ce que nous avons étudié, ce n'est pas le suicide en tant que tel, mais la tentative de suicide que l'on pourrait considérer différente parce qu'elle n'aboutit pas. N'est-il pas naturel néanmoins d'étudier le but même de telles tentatives, le but plus ou moins désiré certes mais un suicide n'est accompli qu'à partir d'un tentative.

II - LA PERSONNALITE DU SUICIDANT, LES CAUSES ET LES CONDUITES SUICIDAIRES DANS LES TROIS CATEGORIES D'AGE

1°) - Personnalité du suicidant :

D'après H. PEQUIGNOT et F. DE PAILLERETS, il y aurait trente deux tentatives féminines pour une tentative masculine. Ils posent la question suivante : la prédominance féminine n'est-elle pas due à la condition actuelle du sexe dit faible ? D'autre part, et surtout pour les femmes, il y aurait une diminution de la fréquence de la tentative avec l'âge.

D'après A. GORCEIX et N. ZIMBACCA, on ne peut évaluer objectivement la personnalité des suicidants que par l'étude du "M.M.P.I." (Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota) et du Psycho-diagnostic de Rorschach. Ces tests psychologiques sont plus descriptifs qu'interprétatifs mais ont l'intérêt d'être quantifiés donc comparables à d'autres groupes de sujets. En conclusion, ils trouvent une similitude entre le profil psychologique des suicidants et celui de sujets psychosomatiques non suicidants, similitude particulièrement nette chez les femmes.

Si comme H. PEQUIGNOT, nous retrouvons également une très forte majorité de tentatives de suicide féminines - cinq hommes pour quarante huit femmes - nous devons rappeler que n'ont pas été recencées les tentatives hospitalisées en chirurgie, parfois très mutilantes et ici à majorité masculine.

- 10 à 20 ans : Nous trouvons par contre une énorme similitude de résultats quant aux occupations des jeunes suicidants par rapport aux travaux de F. DAVIDSON, M. CHOQUET, M. ETIENNE, M. TALEGHANI. Comme eux, nous observons que les jeunes suicidants ont peu d'activités extra-scolaires ou professionnelles et "aider à la maison" après le travail semble avec l'écoute de la radio et de la télévision l'activité la plus importante aux dépends du sport, de la promenade et du bricolage. Si 64 % des suicidants disent s'ennuyer souvent, on voit qu'ils ne trouvent, visiblement, que peu de satisfaction durant leur temps de loisirs.

Comme cette étude de l'INSERM, notre enquête a révélé le poids écrasant de la pathologie sociale.

2°) - Causes de la tentative de suicide

- 10 à 20 ans : Comme F. DAVIDSON, pour plus de 60 % des adolescents, on constate dans leur courte vie, l'accumulation de difficultés familiales et sociales, et la constitution de situations conflictuelles, à leurs yeux sans issue. Dans la plupart des cas, les problèmes essentiels sont une origine lointaine et remontent loin avant l'acte suicidaire. Dans 7 cas sur 17 (33 % à l'INSERM) on relève, à côté des difficultés familiales et sociales, un problème de santé mentale sérieux chez l'un des parents. Le peu de revenus, l'environnement faible - isolement, orphelinat, conflit des parents, éducation en dehors de la famille - le faible soutien religieux caractérisent encore cette adolescence désespérée. La préméditation lorsqu'elle existe est souvent longue : onze sur dix sept y pensent depuis plus d'un mois. Il s'agit donc plus rarement d'impulsivité (5 sur 17) que de terrains affaiblis, sans soutien moral, financier, sentimental, s'effondrant progressivement de par son manque de fondations, d'espoir. La vraie cause du suicide de l'adolescent est donc, sans aucun doute pour la plupart des cas, ce passé carencé et pathogène, émaillé de projets, de séparations ou d'échecs.

Doivent être envisagés maintenant les problèmes des récidivistes. A. GORCEIX fait la réflexion suivante : "l'empoisonnement volontaire est un caractère sexuel secondaire de l'adolescent". Nous le rejoignons en constatant encore une fois et ce beaucoup plus nettement encore chez les récidivistes, un contexte affectif fondamental de carence et d'insécurité. B. ELIS introduit dans la personnalité du suicidant jeune des caractères intéressants. Il retrouve chez la plupart une immaturité flagrante, une grande fragilité et un "Narcissisme prévalent". Se voir mourir, se voir revivre ; une femme sur trois, un homme sur quatre récidiveraient. Nous comptons seulement six récidivistes sur dix sept adolescentes.

Caractère sexuel secondaire : la majorité des tentatives d'adolescents se situe entre 17 et 18 ans. Pour A. GORCEIX : "toute exceptionnelle qu'elle soit, la conduite suicidaire est une conduite de risque et devient une simple mauvaise habitude". Si les rapports physiques sont rares chez les adolescentes, les différentes conduites de risque frappent par leur nombre dans notre étude : neuf sur dix sept ; compensation ? Enfin, il ne s'agit pas d'un acte solitaire. Pour la plupart des études plus de la moitié des suicidants - douze sur dix sept pour nous - ne sont pas seuls lors de leur comportement auto-destructif : des voisins, des amis, la fratrie ou même les parents sont à proximité et pourraient intervenir si la tentative était avouée - excitation du secret, similaire de celui de la femme enceinte qui garde son secret en regard du conjoint -. Il existe encore une véritable conduite de fugue précédant la tentative : si la fugue n'est pas possible, l'on se suicide. B. ELIS énonce que "la tentative de suicide concrétise aussi bien la sensation du néant qui s'est instaurée qu'une tentative de récupération de l'objet valorisant".

"Narcissisme prévalent" : d'après A. GORCEIX il existe un conflit morphologique fréquent. A. THIEFFINE le signale également sur une étude faite à Rouen. Nous n'avons pas pu le remarquer. Néanmoins la fréquence des cures d'amaigrissement dans les mois précédant la tentative de suicide équivaudrait à une frustration alimentaire, entraînant une attitude auto-agressive et ouvrant une perspective d'auto-mutilation ou d'auto-destruction.

Dans la recherche des causes nous concordons encore une fois avec l'étude de A. GORCEIX. La carence affective, notamment la carence paternelle intervient très souvent - deux fois sur cinq pour lui, 13 fois sur 17 pour nous -. Le niveau intellectuel serait normal. Aux questionnaires de personnalité M.M.P.I., les suicidants masculins seraient plus immatures et les féminins plus revendicantes et d'une hypersensitivité plus marquée - moins sensitives pour nous -. Comme lui, nous constatons qu'un huitième - neuf sur dix sept, vingt sur cinquante trois pour nous - ont des antécédents familiaux de tentatives ou de suicides réalisés, ce qui est très supérieur à l'ensemble de la population. Ainsi le choix du procédé se fera souvent par initiation - exemple familial - et facilité d'exécution - pharmacie familiale. Nous ne remarquons pas néanmoins le phénomène de "mass-media" décrit par H. PEQUIGNOT. Nous conclurons sur une remarque de A. GORCEIX dans la recherche de la cause déclenchante : deux raisons sont souvent invoquées. Il faudra donc rechercher la vraie raison, c'est-à-dire différencier le déterminisme profond de l'acte suicidaire et la cause déclenchante dont l'importance peut n'être que dérisoire.

Appartenant aux causes de la tentative, nous devons citer la définition de RINGEL sur le syndrome présuicidaire dont les trois symptômes sont très souvent retrouvés :

- Idées de mort et fantasmes de suicide (23 rêves morbides sur 53)

- Inhibition de l'agressivité avec impossibilité de retourner les agressions, sauf contre soi-même (5 volontés de destruction seulement sur 53).

- Constriction psychique avec restriction du champ de la pensée avec isolationnisme (44 "asthénies" sur 53).

Si dans Mouchette, BERNANOS dit qu' "A l'exception des fous justiciables d'une autre loi plus obscure, personne ne tente deux fois de se tuer" ; J.C. BENOIT affirme que sur ses 20 à 25 % de récidivistes 8 à 12 % ne sont pas psychiatriques. Par contre, avec M. GOUREVITCH, il constate que 10 % des rescapés réussissent leur suicide dans les 10 ans suivant leur tentative manquée. La récidive est donc certainement un facteur aggravant.

- 20 à 40 ans : Quelques faits particuliers sont à noter chez la femme de 20 à 40 ans, soit autour de 30 ans, puisqu'il s'agit du maximum de suicide dans cette tranche et qu'aussi bien il s'agit d'une grande majorité féminine étudiée. Par A. GORCEIX, 35 % d'entre elles ont subi une carence paternelle avant 14 ans : abandon, divorce, décès. Pour notre part, nous pouvons le confirmer puisque nous trouvons 6 de ces cas sur 18 sujets (33 %). 37 % auraient eu des maladies somatiques graves ou invalidantes - 6 sur 18 pour nous (33 %). 44 % auraient eu des antécédent psychiatriques personnels - nous n'en trouvons que 4 sur 18 (22 %). Nous pouvons également confirmer que c'est dans cette catégorie que surviennent le plus de récidives. Ce sont des rechutes particulières que A. GORCEIX appelle "salves suicidaires ou rebond suicidaire ou encore tentatives en chapelet". Ces rechutes successives se font moins de 2 ou 3 ans après la 1ère tentative. A la différence de l'adolescent, la femme de 30 ans possède une stabilité familiale, géographique et professionnelle. Ces femmes sont seules plutôt qu'abandonnées. Elles cherchent l'ombre de quelqu'un qui faisait sa vie, l'amant qui n'est que l'image du mari absent. Lorsque le fantasme disparaît et que réapparaît sa réalité esseulée, la femme de 30 ans attente à ses jours. C'est certainement dans cette classe d'âge que l'on trouve le plus de ces "tentative-chantage".

- plus de 40 ans : Quant à la femme de plus de 40 ans, elle serait caractérisée par son isolement et le Thamatos de A. GORCEIX, soit "l'instinct de mort". C'est dans cette tranche d'âge que la mortalité serait la plus importante, où il existe le plus de vrais suicides. Les tentatives antérieures, 36 % pour A. GORCEIX, 5 sur 18 pour nous (25 %) seraient renouvelées dans un espace de temps inférieur à 5 ans. Les diagnostics les plus fréquents seraient ceux de dépression réactionnelle sur un fond de personnalité fragile sans structure psychopathologique précise. Contrairement à nos résultats, l'étude de A. GORCEIX ferait ressortir la grande fréquence des carences paternelles apparaissant de façon importante dans tout le curriculum vitae. Il existe beaucoup plus souvent dans cette catégorie des associations somatiques J.C. BENOIT. Chez cette femme malade, le champ affectif est rétréci par les deuils et les abandons ; "la panique d'abandon" est le grand facteur suicidogène. Si du point de vue clinique les structures névrotiques et plus particulièrement hystériformes sont plus nombreuses que chez les adolescentes et moins fréquentes que chez les femmes de 30 à 40 ans, la psychométrie prouve le contraire. En effet les tests M.M.P.I. montrent la fréquence imprévue des structures névrotiques établissant donc un profil particulier de cette catégorie d'âge. C'est à cet âge encore que l'on rencontre d'authentiques mélancolies endogènes avec certaines psychoses hallucinatoires chroniques. Il faut ajouter que plus nombreuses sont les détériorations mentales apparaîssant à cet âge.

Enfin les récidivistes ont plus souvent séjourné en milieu psychiatrique, mais il faut signaler que ces sujets ont alors une plus grande fragilité psychopathologique. A cet égard, plus du tiers de ces malades seraient déprimées, divisées en syndromes dépressifs réactionnels et situationnels mais avec une référence morbide commune.

Faut-il insister sur les résultats de P. AMERONGEN qui trouve plus de suicides accomplis dans cette catégorie que de tentatives.

3°) - La conduite suicidaire présente certains critères du caractère pathologique selon G. DESHAYES :

1 - Un aspect proprement psychiatrique comportant l'existence d'un syndrome psychopathique et une réaction suicidaire surgissant au titre de symptôme.

2 - Un aspect psychologique il faudra en apprécier la charge pathologique de l'affection mentale antérieure ou sous-jacente en sachant qu'elle est plus souvent surestimée que sous-estimée. Dans tous les autres cas, les plus importants selon la psychologie populaire, s'il faut apprécier les deuils et les échecs... il faudra rechercher les précurseurs plus ou moins camouflés d'une affection mentale, sans l'inventer.

4°) - Le suicide est-il toujours pathologique ?

Selon G. DESHAYES, les troubles psychiatriques développent la tendance auto-destructrice. Ainsi, sur 100 malades mentaux, 20 ont une propension suicidaire et 10 font de véritables tentatives de suicide. En fait, il ne suffit pas d'être malade mental pour se suicider ; ce n'est qu'à un certain étage de la maladie et dans certaines conditions que survient le suicide, cette "tendance thanatogène", que cet instinct de mort devient puissant et dépasse la volonté.

Aussi ne faut-il pas tenir la conduite suicidaire pour pathologique par définition. Une dualité dynamique profonde des tentances de vie et de mort intervient. Un déterminisme complexe intervient dans la conduite suicidaire où surgissent avec plus ou moins d'importance des facteurs tels que prédisposition, disposition subjective et situation.

G. DESHAYES conclut en disant que pour 50 à 60 % seulement des suicidants il existe un quelconque trouble mental.

5°) - Le suicidaire est-il un malade psychiatrique ?

Pour B. ELIS, moins du tiers des suicidants sont des malades psychiatriques. Il existe une masse de malades chez qui le suicide s'apparente à un symptôme du même ordre qu'un trouble psychosomatique, c'est-à-dire non pathologique.

Les jeunes adultes et les plus de 40 ans forment pour lui le contingent le plus important de suicidants. Pour les malades non psychiatriques dans les deux catégories, les jeunes adultes - 18 à 25 ans - seraient formés de personnalités narcissiques et immatures. Pour les sujets dépassant la quarantaine,, il serait survenu chez eux un évènement naturel rompant un équilibre apparemment satisfaisant mais artificiel.

Enfin pour H. PEQUIGNOT, très souvent l'élément le plus pathologique est à rechercher dans la relation qui unit la personnalité du suicidant à un proche, voire dans la personnalité même de ce proche. Le sujet est donc étendu et on pourrait poser la question : y a-t-il un malade psychiatrique dans la famille ou l'entourage d'un suicidaire ?

H. PEQUIGNOT fait une remarque intéressant les hommes. Pour un même nombre de tentatives masculines et féminines, 16,8 % seulement des hommes ne présenteraient pas de troubles mentaux catalogués contre 40,6 % de femmes. Aussi insiste-t-il auprès des médecins généralistes : en face d'une tentative de suicide masculine, il faut s'entourer plus rigoureusement d'un avis psychiatrique.

Sur ces remarques de G. DESHAYES et B. ELIS nous pourrons aborder la confrontation de nos résultats chiffres personnels avec d'autres études : H. PEQUIGNOT, INSERM, A. GORCEIX, A. THIEFFINE, quant aux diagnostics psychiatriques.

6°) - Diagnostics psychiatriques :

	328 cas		53 cas			140 cas	600 c.	678 c.	202 cas
	H. PEQUIGNOT 1965		MANTES-LA-JOLIE 1972			INSERM 1972	A. GORCEIX 1968		ROUEN A.THIEFFIN 1972
	Fem.	Hom.	48 Fem.		5 Hom.	moins de 21 ans	moins 21 ans	plus 30 ans	
Absence de maladie			10-20	20-30	+ 30				
Psychiatrique caractérisée :			17 c.	18 c.	18 c.				
Personnalité fragile infantile, immature, pas l'inquiètude, anxiété simple, dépression faible"	40,6%	16,8%	25%	33% -41%- (66%)	50%	44,6%			
Déséquilibrés	65,1%	38,8%	(66%)	76%	(72%)	49,6%	46%	21%	45%
psychopathiques francs inadaptation sociale grave, personnalité hystérique ou névrotique	24,5%	22%	41%	-35%- 33%	22%	5%			
Mélancolie	11,9%	10,3%	0%	11% -6,5%-	11%	PSYCHOSES : 5,7%			
Névroses graves personnalité obsessionnelle chez l'homme, hystérie chez la femme. Phobies"	7,5%	20,7%	25%	11% -11%- (34%)	11%	psychose dépressive schizophrémie simple hébéphrèn. aigue			
Syndrome dépressifs graves	34,7%	61,9%	(34%)	24%	(28%)	44,7%	54%	79%	
	8,3%	12,9%	6%	-5%- 6%	6%	NEVROSES : 39% état anxieux			55%
Schizophrénie	3,1%	10,3%	0%	6% -1,5%-	0%	névrotique Névrose hystérique			
Délires chroniques (thèmes-persécution-jalousie)	3,9%	7,7%	NON OBSERVES			Névrose d'abandon Névroses de caractère			
Epilepsie			NON OBSERVES			perversion sexuelle			
Etats confuso oniriques (post-alcool)						état dépressif			
Démence						névrotique			
Dépression d'origine thérapeutique (Anorexigène)						non psychotique			
Toxicomanie									
Sans observation médicale						5,7%			

Si nous observons ce tableau précédent affichant les résultats des diagnostics psychiatriques nous nous apercevons que notre travail n'est pas représentatif sur ce sujet. En effet, 53 cas comparés aux 328 cas de H. PEQUIGNOT ou 17 cas d'adolescents par rapport aux 140 cas de l'I.N.S.E.R.M. ou les 600 cas de A. GORCEIX ne peuvent avoir grande valeur lorsque affichés en pourcentages. Néanmoins nos résultats portant sur une majorité de femmes sont comparables aux chiffres féminins de H.PEQUIGNOT.

Quant aux résultats portant sur nos adolescents, il ne sont pas trop éloignés de ceux de l'I.N.S.E.R.M.. Nos chiffres portant sur les sujets de plus de 30 ans sont en totale contradiction avec ceux de A. GORCEIX et nul doute n'est à apporter quant à la meilleure signification de ces derniers.

Les conclusions à tirer de ce tableau ne sont que les répétitions des hypothèses précédentes, soit :

- les tentatives masculines surviennent sur des terrains beaucoup plus pathologiques que chez les femmes ;

- les tentatives d'adolescentes sont moins psychiatriques que celles des femmes de plus de 30 ans ;

- 50 à 60 % des suicidants présentent un trouble mental quelconque ;

- un peu plus de 40 % des femmes suicidantes sont indemnes de toute maladie psychiatrique caractérisée ;

- au sein des névroses graves, la personnalité est obsessionnelle chez l'homme, hystérique chez la femme.

III - PREVENTION DU SUICIDE ET ORGANISMES DE PREVENTION

Pour que l'on puisse aborder le problème de la prévention du suicide il a fallu l'introduction et l'avènement des notions Freudiennes d'une part et d'autre part, la confirmation des techniques institutionnelles et d'hygiène sociale.

Dans la majorité des cas, le suicide n'est ni impulsif ni soudain voire inévitable. Il existe une phase présuicidaire. Il existe un symptôme d'ambivalence dans l'idée du suicide et l'envie de mourir. Pour STENGEL, le désir de mourir est toujours lié au désir de vivre : "l'individu qui veut mourir veut aussi au même instant vivre encore. Il est partagé par ces deux désirs ; l'un des deux l'emportera". Est-il possible qu'une intervention humaine fasse, au bon moment, pencher la balance vers le désir de vivre ?

Un dernier rapport de l'O.M.S. sur la Prévention du Suicide avance que l'on compte actuellement dans le monde environ 1000 suicides réussis et environ 8000 suicides ratés par jour. Voici d'ailleurs, en un tableau les taux de suicides pour divers pays entre 1961 et 1963 et pour 100.000 habitants.

1961 à 1963	Hongrie	33,9	(p. 100.000)
	Finlande	29,0	"
	Autriche	28,3	"
	Japon	24,7	"
	Danemark	24,2	"
	Suisse	23,3	"
	Suède	21,7	"
	France	20,7	"
	Etats-Unis	15,6	"
	Angleterre	15,1	"
	Pologne	12,8	"
	Ecosse	11,1	"
	Israël	10,4	"
	Pays-Bas	9,1	"
	Italie	1,1	"

D'après M. QUIDU, toutes les minutes et demi dans le monde, un homme tente de se suicider. Le suicide représente après les affections cardio-vasculaires, le cancer et les accidents la quatrième cause de mortalité. A. GORCEIX ne parle t-il pas du suicide, à juste raison, comme d' "un fléau social" ?

Pour l'O.M.S., au premier rang des groupes à haut risque suicidaire, il y a les malades mentaux et les vieillards ; parmi les premiers, quelque 15 % de tous ceux qui souffrent de dépression finissent dans le suicide. En ne faisant volontairement pas la distinction entre la tentative de suicide et le suicide, M. QUIDU trouve un maximum de cas entre 15 et 25 ans.

L'étude de l'O.M.S. révèle par ailleurs qu'une bonne moitié des suicidants du tableau précédent avait vu un médecin dans les trois mois précédent l'acte et que un quart d'entre eux avait eu un entretien avec un psychiatre. Enfin, ce travail ne suggère t-il pas que nous, médecins généralistes, soyons tous mieux entraînés que nous ne le sommes à écouter la confidence d'un projet de suicide et, en conséquence, à pouvoir le prévenir?

Comment prévenir le suicide ; quels sont les organismes de prévention actuels à proposer ?

Nous examinerons d'abord la situation du médecin généraliste face au suicidant. J.C. AUBER dit qu' "il n'y a peut-être pas de situation plus embarrassante pour le médecin que celle où il se trouve quand on vient à lui exprimer d'une manière ou d'une autre le désir de la mort". Sans poser de problème pratique plus ou moins urgent et difficile à résoudre, elle éveille aussitôt le sentiment d'un danger et suscite plus ou moins l'angoisse

par son caractère ambigu et énigmatique. Il y a donc peu de cas où le médecin sent sa responsabilité peser d'un poids plus lourd.

Naguère, l'aide aux suicidants était assez univoque. Elle consistait à protéger le patient contre lui-même, donc à l'isoler dans des conditions bien connues et fort pénibles. Actuellement, les progrès des thérapeutiques modernes donnent une autre dimension à l'intervention du médecin.

D'une façon générale, l'examen du suicidant doit avoir pour objectif de comprendre la signification de son désir de ne plus vivre, dans le contexte de son histoire personnelle. L'attitude du médecin face au malade doit être rassurante, bienveillante, dépourvue d'agressivité, non moralisatrice, ne projetant pas ses convictions intimes sur le sujet. Il doit créer le climat de confiance et de sécurité que cherchent ces sujets qui appellent SOS amitié sachant n'y trouver que des hommes comme eux, sans diplôme ni formation médicale ou para-médicale.

Pour clarifier le problème pratique, il convient de distinguer trois niveaux de prévention du suicide :

1 - Avant la crise et la tentative ;

2 - Pendant cette crise suicidaire ;

3 - Après la crise, une fois le premier danger mortel passé, une fois même que "le corps est soigné".

De ces trois niveaux découlent trois termes couramment employés en suicidologie :

1 - Prévention - Antévention ;

2 - Intervention

3 - Post vention.

1°) - <u>La prévention primaire ou antévention</u> :

Elle reste le temps idéal puisqu'elle consiste en la prévention de toute idée et de fantasme de mort ou de suicide. Ce temps est la base scientifique de la prévention du suicide mais il n'est plus irréalisable.

Le sujet exprime des idées de suicide.

Soit le médecin acquiert assez rapidement la conviction qu'il s'agit d'un état psychiatrique ancien ou se révélant et la conduite est tracée il s'agit d'un terrain connu, classique si l'on peut dire.

Soit il s'agit d'un sujet qui présente tous les caractères du bon sens et qui semble difficile à classer dans les maladies psychiatriques. C'est à ce niveau que nous devons savoir que toute idée dépressive ne mérite point de thérapeutique chimique.

Il faut prendre garde à la prescription hâtive du médicament miracle et à la gratification orale jugée parfois trop symbolique par l'individu.

Une enquête approfondie est nécessaire sur les antécédents, sur les épisodes passés de dépression sur le contexte socioprofessionnel à la recherche d'un changement qui pourrait expliquer cette tendance autolytique. De toutes façons, il ne faut jamais minimiser la confidence faite, malgré la pression de l'entourage ; s'il ne faut pas non plus la dramatiser, il faut la prendre en considération. En effet, si l'appel n'est pas entendu le passage à l'acte risque de se produire. Cette confidence doit être perçue comme un signal symptôme et conduire à une relation thérapeutique complète.

C'est à ce niveau que la référence à un centre spécialisé tel un centre de prévention du suicide ou à un organisme philanthropique type "Samaritains" en Grande-Bretagne ou "S.O.S. Amitié" en France peut être utile pour la famille et le cadidat.

En fait, ce centre et ces organismes voient leur utilité lors de la prévention secondaire, c'est-à-dire lors de la phase d'intervention.

2°) - La prévention - intervention

La notion de crise suicidaire implique pour la thérapeutique de celle-ci une intervention immédiate avec psychothérapie d'urgence, la discussion d'une hospitalisation et la mobilisation de tout le matériel environnemental.

Dans l'éventualité de l'existence d'un service téléphonique, on considère que ce moyen de communication sera largement utilisé. Sur une statistique de 984 appels, WOLL (1970) a démontré que 52 % des suicidants ont téléphoné d'eux-mêmes, les 45 % restants se répartissant entre famille, amis, professionnels (médecins, assistantes sociales).

Selon J.P. SOUBRIER, la technique téléphonique dans ces cas comprend shématiquement trois points :

1 - l'établissement d'une relation permettant de maintenir le contact et d'obtenir plus d'informations sur la situation actuelle, les antécédents.

2 - l'évaluation du danger immédiat de suicide.

3 - l'élaboration d'un plan thérapeutique avec l'indication d'une hospitalisation et la mobilisation de l'environnement.

Un autre aspect de l'intervention se situe au niveau de la crise suicidaire où la tentative de suicide vient d'être réalisée. Ce niveau est le moment du lavage d'estomac par exemple, ou bien, au moment où le suicidant,

dans un "dernier élan", avertit qu'il vient d'avaler un produit toxique quelconque. L'un d'entre eux disait à son correspondant de S.O.S. Amitié : "ce que je veux ? c'est que vous me teniez la main jusqu'à ce que je m'endorme". Cette dernière situation est néanmoins rare. Le plus souvent, l'action du poison se faisant sentir, le suicidant souffre... "et cette souffrance lui redonne le goût de la vie".

Ces deux types de situation (lavage, dernier élan) sont très fréquents dans nos pays. Quelle que soit la circonstance de découverte de cette tentative de suicide, il faut savoir que ce risque fatal est à son maximum, la récidive toujours possible assure J.P. SOUBRIER.

Dans ce cas l'hospitalisation est nécessaire. Elle peut être courte, réduite à une simple observation ou prolongée quand il est nécessaire d'envisager un traitement spécifique. C'est alors que nous atteignons le troisième niveau.

3°) - La prévention de la récidive ou Post-vention ou prévention tertiaire :

Pour M. PAUMELLE, de même que pour tout problème d'hygiène mentale "le souci est celui de la continuité de la prise en charge psychothérapique " débutée dans l'institution.

Un suicidant hospitalisé lors d'une tentative nécessite un travail institutionnel considérable et une équipe homogène, polyvalente, bien structurée.

Le meilleur gage de non-récidive dans ce cas est l'approche et l'étude de tout l'environnement et l'établissement d'une post-cure bien définie. Le problème est bien difficile à réaliser en vérité et toutes les études catamnestiques de tentatives de suicide, se heurtent à lui. Les "follow-up" sont toujours difficiles d'autant que pour RETTERSTOL, ces récidives sont d'origine mixte, individuelle, familiale et sociale.

C'est là que l'on retrouve les "ressources" déjà envisagées : le médecin traitant ou le psychiatre, le prêtre, l'assistante sociale de secteur ou d'usine, la famille... un juge.

Cette post-vention est capitale pour J.C. SOUBRIER. Elle nécessite une liaison très étroite entre les hôpitaux généraux et les dispensaires de secteur, mais aussi avec la police et les magistrats (pour les mineurs).

Devant un sujet vu après une tentative de suicide dont la gravité n'a pas à entrer en ligne de compte, quel peut être le rôle du médecin généraliste ?

Le premier rôle du médecin est celui du thérapeute. L'urgence est d'abord de sauver le sujet du traumatisme qu'il s'est infligé. Il doit, pour cela, s'entourer de toutes les précautions garanties, savoir demander conseil et transférer en milieu spécialisé si besoin est.

L'urgence étant passée, la phase de coma ou l'état d'exaltation ayant disparu, le médecin se trouve de par sa position le premier à avoir une relation avec le malade quand celui-ci reprend contact avec le monde. Cette approche est toute de nuance, de savoir faire. Combien de fois avons-nous senti que le courant ne passait pas, que le dialogue n'était pas amorcé faute d'expérience, parfois de temps, de disponibilité.

Quand ce dialogue est entamé, que le médecin a saisi d'une façon générale l'ensemble des faits, il doit faire accepter la consultation psychiatrique, toujours indispensable aussi bien pour des raisons thérapeutiques et diagnostiques que pour des raisons de responsabilité.

Pour les patients qui, après consultation psychiatrique ne relèvent pas de la psychiatrie et sur indication du spécialiste, le médecin doit commencer le traitement s'il y a. Il faut alors savoir si le sujet doit être conservé en milieu hospitalier ou non : on tiendra compte de l'importance de la culpabilité, de l'intensité du désir de mort, du degré d'anxiété, de la qualité de l'entourage et du type de relation du sujet à celui-ci, des antécédents. L'avis du spécialiste apporte le plus souvent une aide précieuse quant à cette décision. Si la décision de garder le suicidant en milieu hospitalier est prise, il faut le faire sans tergiverser, sans retard, évitant de créer un nouveau climat d'insécurité pour le sujet.

A côté des organismes de prévention du suicide installés à l'étranger :

- centre de Prévention du Suicide de LOS ANGELES
- organisation des Samaritains en GRANDE BRETAGNE
- le centre de Prévention du Suicide de VIENNE
- les organismes de Prévention du Suicide intégrés dans le travail quotidien HOLLANDE TCHECOSLOVAQUIE.

Qu'en est-il en FRANCE ? Rien n'est organisé si ce n'est les services de S.O.S. Amitié (dont l'activité n'est pas spécifiquement destinée au problème du suicide) que l'on espère voir encourager et aider d'un appui médico-social. Il est souhaitable aussi que soient reconnus d'autres efforts tels que ceux des unités médico-sociales (et psychiatriques) des services de réanimation.

Qu'avons nous à attendre de l'avenir ? La France en fait ne reste pas inactive pour des raisons économiques simples. Après avoir découvert que le chiffre des suicides atteignait près de 15.000 décès par an et que le chiffre des suicides d'adolescents semblait identique à celui des morts par accidents de la route, il été décidé une enquête puis envisagé une recherche scientifique.

Ainsi diverses actions sont envisagées et proposées :

1 - Une sensibilisation du public général par une campagne d'information avec brochures, émissions de radio et télévision ; des stages d'information ;

2 - Le développement de l'aide morale et sociale par l'écoute téléphonique et l'ouverture des services d'accueil ;

3 - Le développement de l'urgence médicale par : la multiplication des secours d'urgence, le recyclage du personnel médical, l'action sur l'utilisation des médicaments ;

4 - Le développement de la prise en charge psycho-sociale avec : la création d'unités de psychiatrie d'urgence, l'organisation de post-cures, l'aide financière au suicidant.

A ces quatre moyens d'action est prévu un support administratif pour :

1 - L'étude des causes et conséquences du suicide ;

2 - La collecte des statistiques ;

par :

1 - Des commissions régionales de suicidologie ;

2 - Une recherche épidémiologique, c'est-à-dire des enquêtes sur deux à trois régions ou sur des "échantillons" de services concernés par la prise en charge du suicidant et de recherche spécialisée.

Espérons que toutes ces structures se réaliseront prochainement. Mantes-La-Jolie comme la plupart des régions de FRANCE en voient nettement la nécessité.

En conclusion, et pour faire honneur à "S.O.S. Amitié", première et unique organisation française de ce genre, de surcroit bénévole, nous en donnerons les coordonnées trop souvent inconnues et même du corps médical.

S.O.S AMITIE

PARIS	825-70-50	B.P. 21 - Boulogne (92)
BORDEAUX	52-63-96	B.P. 84 - Bordeaux (33)
GRENOBLE	87-22-22	B.P. 476 - Grenoble (38)
LILLE	55-77-77	B.P. 18 - Lille-Bourse (59)
LYON	29-88-88	B.P. 33 - Caluire (69)
MARSEILLE	76-10-10	B.P. 69 - Marseille-Saint-Ginier (13)
NANCY	52-97-40	B.P. 212 - Nancy (54)
NICE	87-48-74	B.P. 19 - Nice (06)
RENNES	36-25-25	B.P.1109 - Rennes-Croix-Carrée (35)
ROUEN	70-07-15	B.P.1104 - Rouen-Saint-Sever (76)
TOULOUSE	80-80-80	B.P. 100 - Toulouse (31)
STRASBOURG (poste indépendant)	34-33-33	B.P. 236 RG - Strasbourg (67)

Secrétariat Général de S.O.S. AMITIE-FRANCE :

5, rue de Laborde PARIS 8ème

387-37-01

CONCLUSION

"Souvent la crainte de la mort inspire aux humains une telle haine de la vie et de la lumière qu'ils se donnent la mort eux-mêmes dans l'excès de leur désespoir, oubliant que la source de leurs peines est cette crainte elle-même" LUCRECE (III, 79).

Au terme de cette étude, nous avons montré que le suicide et son cortège immense de tentatives est un problème grave, une des tares de notre civilisation. Nous avons noté que si le nombre des suicides reste pratiquement constant, le nombre de tentatives est en particulière augmentation. Si la tentative de suicide a la même signification psychopathologique qu'un suicide réussi, l'échec d'un suicide entraîne toujours des remaniements psychologiques ultérieurs.

Nous avons essayé de définir le protrait-type de ce postulant au suicide à Mantes-La-Jolie selon cinq catégories.

Les adolescents entre 12 et 21 ans :

- utilisant des moyens peu efficaces, révélant des connaissances toxicologiques élémentaires insuffisantes,
- dominés par le signe de l'ambivalence avec
- intégration familiale surtout, très souvent mauvaise,
- intégration socio-professionnelle souvent précaire,
- la source de difficultés provoquées par la sexualité,
- les affections psychiatriques rares à cet âge,
- le manque d'imagination quant à l'occupation des loisirs.

Les adultes jeunes entre 21 et 35 ans où on retrouve :

- une grande variété de moyens,
- peu de réactions antisociales, mais par contre :
- des carences affectives de l'enfance
- et des difficultés familiales en majorité
- c'est à cet âge qu'apparaissent éthylisme et affections psychiatriques.

L'âge mûr de 40 à 55 ans où les tentatives sont moindres et où intervient très souvent un conflit conjugal

C'est dans ces deux dernières catégories que l'on trouve le plus de "chantages au suicide" qu'on aurait tendance à ne pas prendre au sérieux alors que ces malades sont "ainsi acculés par le mépris d'autrui à récupérer par un suicide réussi l'estime d'eux-mêmes". H. DANON - BOILEAU.

Les sujets âgés chez qui intervient une part de détérioration mentale, où les tentatives sont souvent graves du fait des moyens utilisés. Ici le sujet se sent inquiet et exclu. La tentative sera souvent secondaire à un sentiment de dévalorisation.

Il faut considérer que la tentative de suicide ne pose pas, chez le sujet âgé, de problèmes différents que celle d'avant la vieillesse. La maladie mentale et l'organisation psycho-sociologique du sujet n'expliquent pas tout. L'intervention préventive et curative est une nécessité, comme il en est pour une maladie organique. Il ne faut pas oublier que "classer la mort" par un acte suicidaire et devenir maître d'une certitude est une grande tentation chez le vieillard.

Enfin nous mettrons à part les tentatives masculines, beaucoup moins nombreuses, mais survenant sur des terrains beaucoup plus pathologiques que chez les femmes.

En conclusion, chez la plupart des candidats au suicide, soit "ceux qui essaient" un diagnostic psychiatrique classique ne peut être posé, contrairement au suicide consommé qui n'est pas une entité nosographique mais souvent la complication terminale commune à un certain nombre d'états psychiatriques.

Que penser maintenant de notre environnement particulier : Mantes-La-Jolie ? De faibles revenus, des problèmes inhérents aux grands ensembles, une cité-dortoir, une nombreuse main-d'oeuvre étrangère caractérisent sa population. Les immigrants en fait, contrairement à d'autres études seraient à Mantes-La-Jolie un groupe social peu exposé aux suicides.

En conclusion nous ne retiendrons que deux problèmes propres à la ville de Mantes :

- Le surplus de population pour l'embauche locale et sa majorité de petits salariés du point de vue économique,

- l'absence de centre hospitalier à visée psychiatrique d'un point de vue médical.

Pourtant, avec ses 20,7 suicides par an et pour 100.000 habitants, la France se place entre les 24,2 suicides du Danemark avec toutes ses installations d'hygiène mentale et les 1,1 désespérés d'Italie avec sa faible infrastructure psychiatrique.

Les principes essentiels devant inspirer l'attitude du médecin dans l'appréciation comme dans la prévention pratique du risque sont sang-froid, fermeté, bienveillance, souci d'apporter une réponse d'assistance à une personne en danger de mort et qui l'en avertit, attitude qui doit s'exprimer dans l'étude vigilante des propos du suicidaire pour inspirer un climat de confiance et de sécurité.

D'autre part, nous n' insisterons jamais assez sur cet aspect du problème : il est raisonnable de penser qu'un bon nombre de tentatives de suicide médicamenteuses ne serait pas s'il n'existait ces stocks familiaux considérables.

Enfin insisterons nous sur deux points :

- le comportement du médecin qui devra se méfier aussi bien de la dramatisation que de l'indifférence

- un certain nombre de suggestions visant à restreindre le nombre des suicides, ce "fléau social", notamment en assurant :

. une meilleur formation des praticiens

. l'information du public

. la création de centres de prévention du suicide.

"Il n'y a pour l'homme que trois événements : naître, vivre, mourir. Il ne se sent pas naître, il souffre à mourir et il oublie de vivre".

LA BRUYERE

BIBLIOGRAPHIE

1 - ANASTASSOPOULOS G., KOKKINI D.
Suicidal attempts in psychomotor epilepsy
Présentation de 3 cas.
Neuropsychiatry (I) (8) - (II) (16) (1969).

2 - AUBER J.C.
Conduite à tenir devant un suicidaire.
Revue du praticien 1971. Tome XXI n°32 p. 4803 - 4810.

3 - AZOYLAY J.
Les conduites suicidaires.
Gazette médicale de France. Tome 79 n° 29 du 6.10.72.

4 - BAGLEY C., CREER S.
Clinical and social predictors of repeated attempted suicide :
a multivariate analysis.
Etude chez 204 sujets. 15 réf. B. VIT. J. Psychiatry, 119 (552)
515 - 521 (1971).

5 - BENOIT J.C.
Suicides, tentatives et conduites suicidaires.
Presse méd. 74 (25), 1333 - 1338 (1966).

6 - FREEMAN J.W., BEATTIER R., RYAN C.A.
Management of patients unconscious from drugs overdosage.
Med. Australia 2 (25) 1165 - 1168 (1970).

7 - BEN SAID F.
Les pactes du suicide.
Concours Médical du 27.6.70 p. 5897 - 5898.

8 - BERNASCONI R.
Etude statistique et catamnèstique de 225 cas de tentatives de suicide.
Revue Méd. Suisse Romande 92 (ẽ) 85 - 130 (1972).

9 - BLAINE C.B., Jr., CARMEN L.R.
Causal factors in suicidal attempts by male and female college students.
J. Psychiatry. 125 (6) 834 - 837 (1968).

10 - BOGART H.M.
Follow-up study of suicidal patients seen in emergency room consultation.
Amer. J. Psychiatry. 126 (7) 1017 - 1020 (1970).

11 - BOLLEA G., MAYER R.,
Psychopathology of suicide in formative years.
Acta paedo. Psychiatri. - 35 (11 - 12), 336 - 344 (1968).

12 - BOECHER F.
Klinische Masstaebe zur wertung eines suizider suches.
Deut. Med. woschenschr 95 (16) 883 - 885 (1970).

13 - CAZZULO C.L., BALESTRI L., GENERAL L.
Some remarkes on the attempted suicide in the world of adolescence.
Acta paedo.
Psychiatr. - 35 (11 - 12) 373 - 375 (1968)

14 - CHAUDERLOT B.
Le suicide.
Sem. Hosp. 7 (37 - 38) 2207 - 2210 (1971).

15 - CLEDENIN W.W., MURPHY G.E.
Arch. gen. Psychiatry - 25 (5) 465 - 469 (1971).

16 - Concours Médical. 18.1.1969 - 91.3. OMS

17 - Concours Médical 25.9.71 p. 5818 - 5824
Suicide et mass media

18 - COLIN L., VAUTERIN C., MICHAU J.L.
La tentative de suicide.
Lyon médical. n° 11-5 Lyon 1962

19 - CREUTZELDT W., FRERICHS H., PERINGS G.
Suicides par Tollbutamide et insuline (Trad.)
Dtsch. Med. Wschr. 93 (17) 856 - 860 (1968).

20 - DAVIDSON F., CHOQUET M., ETIENNE M., TALEGHANI M.
Contribution à l'étude du suicide des adolescents. Etude médico-sociale de 139 tentatives de suicide. (1972 INSERM).

21 - DAVIDSON F., CHOQUET M., DEPAGNE M.
Le personnalité, le mode de vie, l'environnement social des lycéens et leurs rapports avec les attitudes et les comportements devant la drogue, les médicaments et d'autres produits psychotropes.
(INSERM Monographie)

22 - DENIKER P. et GINESTET G.
Revue du praticien 1971 du 11.12.71 Tome XXI n°32 p. 4819 - 4825

23 - DENSON R.
Complications of therapy with lysergide.
Can. Med. Assoc. J. 101 (II) 53 - 57 (1969).

24 - DUCHE D.J.
Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Acta paedo psych. 35 (11 - 12) 345 - 376 (1968).

25 - DESHAIES G.
Le suicidaire est-il toujours pathologique ?
Revue du praticien. Tome XXI n°32 p. 4855 - 4863 (11.12.71)

26 - ELIA G., PERIS C.
Etude chez 139 malades atteints de syndrome dépressif et 138 de psychose maniacodépressive.
Arch. Psych. Newenkrank 212 (4) 339 - 356 (1969).

27 - L'Express - n° 1115 - Novembre 1972.

28 - FELINI A., GUTMAN A., PEROWMAGMAN P.
Chantage au suicide.
Revue du praticien 1971. Tome XXI n°32 (11.12.71) 4789 - 4901

29 - GAULTIER M., PEBAYPEYROULA C., PIVA C.
Problèmes posés au toxicologue. I) Suicide et toxicomanie.
Thérapie 27 (2) 261 - 271.

30 - GAULTIER M., FOURNIER E. et GORCEIX A.
A propos de 47 cas de tentatives de suicide chez l'adolescent.
Hygiène mentale 50 n°6 p. 363 - 369 Paris 1961.

31 - GAULTIER M., FOURNIER E., ZIMBACCA N., GORCEIX A.
Les intoxications aiguës volontaires chez les sujets de moins de 21 ans
Annales médico-légales 45 - 67 Paris 1965.

32 - GAULTIER M., FOURNIER E., ZIMBACCA N., GORCEIX A.
Etude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants.
Sem. des Hôpitaux 3e année n°50 p. 2375 (1963).

33 - GAY R., CAMPAN L., FREISS P., LEPETIT J.M.
Pendaisons manquées. A propos de 4 cas.
Presse Méd. 79 (II) 484 - 485 (1971).

34 - GERAUD J., MORON P., MIEDZYRZECKIJ.
Adolescence et tentative de suicide.
Acta paedo psychiatr. 35 (11 - 13) 376 - 380 (1968).

35 - GORCEIX A., ZIMBACCA N.,
Etudes sur le suicide (Masson).

36 - GORCEIX A.
Nocivité du milieu environnant dans le déterminisme de la conduite suicidaire.
Encéphale sept. 71.

37 - GORCEIX A., ZIMBACCA N., DUSSAYCY E.
Nocivité du milieu environnant dans le déterminisme de la conduite suicidaire.
Encéphale n°5 p. 361 - 448 Paris 1971.

38 - GONIN D., BUFFARD J.
Tentatives de suicide dans les prisons.
Gazette médicale de France. Tome 79 n°29 du 6.10.72.

39 - GOULON M.
Intossicazioni acute da tranquillanti.
Minerva med. 63 (12) 687 - 692 (72).

40 - GREER S., LEE H.A.
Subsequent progress of potentially lethal attempted suicide.
Acta. Psych. Scand. 43 (4) 361 - 371 (1967).

41 - Du Suicide par M. GOUREVITCH
Dossier E.P.U. n°27 p. 2915 - 2922.

42 - HAIN A.
Les Suicides d'adolescents.
Payot - Paris 1969.

43 - HAUSSMANN C., ALBERT R., KAYSER H.
Suicidversuch Psychiatriische Unterschung bei 800 Frauen.
(Trad.) Dtsche Med. Wschr 93 - (40) 1883 - 1887 (1968).

44 - HEITMANN R., KUNST H.,
Untersuchungen des Savere - Basen - Haushaltes bei Intoxikationen.
(Trad.) Med. Welt. 18, 824 - 830 (1970).

45 - HILL O.W.
The association of childhood bereavement with suicidal attempt in depressive illness.
Brit. J. Psychiatry 115 (520) 301 - 304 (1969).

46 - HUMPHREY J.A., NTSWANDER G.D., CASEY T.M.
Dis. Nerv. Syst. 32 (12) 825 - 830 (1971).

47 - IANZITO B.M.
Attempted suicide by drugs ingestion.
Dis. Nerv. Syst. 31 (è) 453 - 458 (1970).

48 - IRLE G.
Nervenast 39 (6) 255 - 260 (1968).

49 - JAMES I.P. SCOTT ORR. D.N., CURNOW D.H.
Blood alcohol levels following attempted suicide. (10 % des tentatives de suicide se produisent chez les alcooliques).
Quart. J. Stud. Alcohol 24 (I) 14 - 22 (1963).

50 - KADEN R., DRANDIS J.
Dekubitalulcera nach intoxication mit Methylprylon
Z. Haut Geschlechtskrank 42 (8) 257 - 260 (1967).

51 - KOLLER K.M., CASTANOS J.M.
Attempted suicide and alcoholism.
Med. J. Austral 2 (19) 835 - 837 (1968).

52 - KRAAS E., SCHUSTER H.P., BAUM P., SHONBORN H., POEPLAU W., BRORERSEN H.C.
Suizidersuche durch Veigiftung bei alten Meschen. Beobachtungen bei Patienten einer internistischen intensivstation.
Med. Klin 66 (48) 1653 - 1660 (1970).

53 - LIEBNER K.
Beitrag zum problem der seistmorvezhutung. La cause du suicide sur 110 personnes était 73 fois la solitude et 9 fois l'alcoolisme dont 27 hommes et 83 femmes.
Psych. Neurol. Psychol. 21 (12) 472 - 474 (1969).

54 - LAUNAY C. et col. C.
Suicide et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Revue du Praticien 14 p. 619 - 626 Paris (64).

55 - LE MORAL P.
Suicide, chantage du suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Thèse de médecine Laboureur Paris 1964.

56 - LOU H. COLONNA L., ZARIFIAM E.
Suicide et nosographie psychiatrique.
Revue du praticient 1971 - 11.12.1971 Tome XXI n°32 p. 4773 - 4786.

57 - LUKANIOVICZ N.
Attempted suicide in children
Acta Psychiatr. Scand. 44 (4) 414 - 435 (68).

58 - Le suicide de l'enfant et l'adolescent par MALE P.
Revue du Praticien 1971. Tome XXI n°32 p. 4827 - 4840.

59 - MOCH M.
Etude comparative des tentatives de suicide de l'enfant et l'adolescent observées dans trois services de pédiatrie et de celles recueillies dans un service de pédo-psychiatrie.

60 - MOINE C.
Le suicide, données statistiques de la vie médicale.
48 - 55 Paris 1967.

61 - Organisation mondiale de la santé. Les préventions du suicide.
Cahiers de santé publique n°35 Genève 1969.

62 - OTT J., GEYER M., SHEEMANN K.
Mehrdimensionale stationäre, psychotherapie einer gruppe von kindern und jungendlichen nach, suiziderversuch.
Psych. Neurol. Med. Psychol. 24 (2) 104 - 110 (1972).

63 - DANNIER S., DELAPORTE P., DEBOISSEAU M., LACERT Ph., GROSSIORT A.
Suicides et paraplégie.
Sem. Hosp. 46 (7) 436 - 441 (1970).

64 - PAYKEL E.S., DIENELT H.N.
Suicide attempted following acute depression
J. Nerv. Mental. dis. 153 (4) 234 - 243 - (1971).

65 - PERIER J.
Soixante observations de tentatives suicidaires par absorption médicamenteuses chez des femmes âgées de 12 à 25 ans.
Thèse de Médecine Paris 1965.

66 - PEQUIGNOT H., PAILLERETS F.
De 328 tentatives de suicide observées dans un service de médecine générale.
Sem. Hosp. 41 (51) 2962 - 2970 (1965).

67 - PHILIPPE E.
Suicidalitât und staffälligkeit
Munsch. Med. Wschr. III (44) 2256 - 2258 (1969) (chez 160 délinquants condamnés pour agression, on a retrouvé 40 % de tentatives de suicide).

68 - POROT M., COUDERT A., COLLET M.
Les conduites suicidaires des adolescentes.
Psychiatrie de l'enfant II (2) 317 - 369 (1968).

69 - QUIDU M.
Le suicide, étude clinique. Perspectives préventives. Collection des sciences humaines appliquées. Paris
Les éditions sociales françaises 1970 p. 166

70 - La Nouvelle Presse Médicale.
Mortalité des Adultes : rythmes circadiens et circannuels.
REMBERG A., GERVAIS P., HALBERG F., GAULTIER M., ROQUETTE H., ABULKER Ch. et DUPONT J.
3 Février 1965 n°5 p. 289 et suiv.

a) Les suicides d'Adolescents
Dr. HAIM A., PAYOT Paris.

b) Les suicides des Adolescents : une simple proportion Dr RICARY Cl. et ESPOSITO.

c) La tentative de suicide du sujet jeune.
(résultats préliminaires de la technique du différentiateur sémantique d'Osgood).
Par MOUREM P., TATOSSIAM A., BLUNEM G. et GUIN P.
Annales médico-psychologiques Paris F.S. 124 Année 1966 n°1.

71 - ROCHE L., BOURRAT et DEUX
Conduite suicidaire chez 239 mineurs traités au service des poisons durant 24 mois.
Presse Médicale n°28 p. 1679 Paris 1964.

72 - Afifi A. A. SACKS, ST-LIU V.Y. WEIL, SHUBIN H.
Accumulative prognostic index for patients with barbiturate glutethimide and meprobamate intoxication.
New england J. Med. 285 (27) 1497 - 1502 (1971).

73 - SABBATH J.C.
The role of parents in adolescent suicidal behaviour
(la tentative de suicide correspondrait aux désirs conscients et inconscients des parents de se débarrasser de leur progéniture).
Acta Paedo psychiatr. 38 (7.8.) 29 - 38 (1971).

74 - SELKIN J., MORRIS J.
Some behevioral factors which influence the recovery rate of suicide attempters.
Bull suicidal (8) 29 - 28 (1971).

75 - SENDBUELLER J.M.
Attempted suicide : facts and theories.
Dis. Ner. syst. 30 (2) suppl. III 114 (1969).

76 - SILVER M.A., BOHNERT M., BECK A.T., MARCUS D.
Relation of depression of attempted suicide and seriousness of intent
Arch. Gen. Psych. 25 (6) 573 - 576 (1971).

77 - SINGER L., DIGELMANN D.,
Contribution à l'étude de la tentative de suicide.
Cahiers de psychiatrie n°15 p. 47 - 71 19661.

78 - SOMOGY I., KALOOR G., JANKOVITCH A.
Studies of the digitalis level of the cerebrospinal fluid.
Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. Toxicol. 4 (4) 421 - 423 (1971).

79 - SOMERHAUSEN C. et DIERKENS, DOPCHIEM.
Le suicide chez les jeunes en Belgique.
C.E.D. J. 18 Bruxelles 1967.

80 - SOUBRIER J.P.
Prévention du suicide et organismes de prévention.
Revue du Praticien. Tome XXI n°32 11.12.71 p. 4843 - 4854.

81 - SOUBRIER J.P. et CAROLI F.
Dépression suicide et toxicomanie.
Gazette médicale de France. Tome 79 n°39 6.10.72 p. 4797 - 4800.

82 - SUMMA J.D.
Hypnotica und analgetika als suizdmittel.
Munsch. Med. Wschr. 108 (49) 2501 - 2503 (1966).

83 - SUBRA G.
Le suicide.
In Etude RCB Ministère de la santé publique 2ème volume p. 1 - 13
Paris 1971.

84 - A propos de drogue ou de suicide, le symptôme est-il pathologique
Par M. TALEGHANT.
Gazette Médicale de France. Tome 79 n°29 6.10.72

85 - TEEHAN B.P., MAHER J.F., CAREY J. J. H., FLYNN P.E., SCHREINER G.E.
Acute ethylchlorovynol (Placidyl) intoxication.
Ann. Med. Internat 72 (6) 875 - 882 (1970).

86 - TEITELBAUM D.T.
Organophosphate poisonning.
J. Ann. Med. Assoc. 217 (12) 1704 (1971).

87 - THIGES R., BATTEGAY R.,
Die in einer psychiatrischen Doliklind behandten patieenten mit suicidversuchen.
Schweiss med. Wochen schr. 100 (2) 58 - 64 (1970)

88 - TOURAINE J., BLOCH A.
Intérêt des dossiers d'enquêtes judiciaires dans l'étude du suicide.
J. Méd. Lyon 49 (1142) 815 -848 (1968).

89 - Statistiques et suicides. Incidences médico-légales par J. VEDRINNE et J.P. SOUBRIER.
Revue du Praticien. Tome XXI n°32 p. 4763 -4770.

90 - VEDRINNE J., RUETTE J.M.
La tentative de suicide. Approche psychiatrique en hôpital général.
4 réf. Schweiss. Med. Wschr. 100 (2) 58 - 64 (1970).

91 - VINODA, NARAYANA, MURPHY.
Personnality and the nature of suicidal attempts.
12 ref. Brit. J. Psychiatry 115 (524) 791 - 795 (1968).

92 - VOISIN C., FORON D., WATTEL F., SCHERPEREEL.
Intoxication par l'Ajmaline
Eur. J. Toxicol 4 (2) 101 - 108 (1971).

93 - VAN AMERONGEN P.
Le suicide et la tentative de suicide dans la vieillesse.
Gazette médicale de France. Tome 79 n°29 6.10.72 p. 4841 - 4847.

94 - WILSON T., BRAUGT G.M., MISKIMINS R., W. BERRY K. L.
The severe suicide attempter and self control.
J. Clin. Psychol. 27 (3) 307 - 309 (1971).

95 - ZIMBACCA N.
Le suicide chez l'adolescent
Concours Médical p. 4991 - 4997.

96 - Tentative de suicide de la prévention et sa post-cure.
Revue du Praticien. Tome XV n°30 21.11.65 p. 3959 - 3968.

97 - Causes médicales de décès.
Année 1968 I.N.S.E.R.M. - 2 volumes - Paris 1970.

98 - Causes médicales de décès.
Année 1968 I.N.S.E.R.M. - 2 volumes - Paris 1971.

99 - Le suicide.
Etude RCB. Ministère de la santé publique - 2 volumes ronéotypés -
Paris 1971.

Vu le Président de Thèse
Pr. H. FLAVIGNY

Vu le Doyen de la Faculté
Broussais-Hôtel-Dieu
Pr. P. MILLIEZ

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
R. MAILLET